

Customer Internship Program Internship Agreement

يحدد هذا النموذج الواجبات الوظيفية، والأجور/الراتب، وجدول المواعيد المتوقع، وبيانات الاتصال وشروط شعبة إعادة التأهيل المهني لتعويض صاحب العمل المضيف.

اسم العميل			
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف	المنزلي	الخلوي	عنوان البريد الإلكتروني
جهة الاتصال في الطوارئ	الاسم	رقم الهاتف	
برنامج التدريب الداخلي			
المسمى الوظيفي			
الواجبات الوظيفية			
تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء	الأجر	جدول مواعيد العمل المتوقع (الأيام والساعات/الأسبوع)
		\$	ساعة/
خدمات شعبة إعادة التأهيل المهني المُقدّمة لدعم التدريب الداخلي:			
معلومات صاحب العمل			
صاحب العمل	المشرف على المتدرب		
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف	الخلوي	عنوان البريد الإلكتروني	
جهة الاتصال في الطوارئ	الاسم	رقم الهاتف	
مسؤول عن دفع الأجور مباشرةً إلى _____			
شعبة إعادة التأهيل المهني ستدفع _____ مقابل تكاليف التدريب الداخلي كما يلي:			
التاريخ	المبلغ		
	إجمالي المبلغ للتكاليف المسبقة	_____	_____
	إجمالي المبلغ للشهر الأول	_____	_____
	إجمالي المبلغ للشهر الثاني	_____	_____
	المبلغ الأخير للشهر الثالث	_____	_____
إنهاء التدريب الداخلي للعميل			
إذا تم إنهاء التدريب الداخلي، فقد يستلم صاحب العمل مبلغًا مقابل الشهر الذي تم فيه إنهاء التدريب الداخلي. إذا عمل الشخص ساعات أقل بكثير من الساعات المتفق عليها في الأصل، فسيعاد التفاوض على الأجر.			

معلومات استشاري شعبة إعادة التأهيل المهني	
اسم استشاري شعبة إعادة التأهيل المهني	
العنوان	المدينة
الهاتف	الرمز البريدي
الخلوي	الولاية
جهة الاتصال في الطوارئ	عنوان البريد الإلكتروني
الاسم	رقم الهاتف
مسؤوليات التدريب الداخلي من شعبة إعادة التأهيل المهني	
<ol style="list-style-type: none"> 1. العمل وفق جدول التدريب الداخلي المتفق عليه والحفاظ على الحضور المنتظم؛ 2. إخطار صاحب العمل مسبقاً بأي غياب؛ 3. الحفاظ على اتصال شهري على الأقل مع استشاري شعبة إعادة التأهيل المهني؛ وطلب خدمات شعبة إعادة التأهيل المهني أو دعمها الإضافيين، عند الحاجة؛ 4. اتباع توجيه صاحب العمل وأداء الواجبات الوظيفية الموكلة؛ 5. إذا كان هذا التدريب الداخلي مدفوعاً، فاعمل مع استشاري شعبة إعادة التأهيل المهني لفهم كيفية تأثير الدخل في المستحقات؛ 6. أخرى: 	
مسؤوليات استشاري/ممثل شعبة إعادة التأهيل المهني	
<ol style="list-style-type: none"> 1. مساعدة العميل على فهم كيفية تأثير التدريب الداخلي المدفوع في المستحقات قبل بدءها؛ 2. توفير خدمات إعادة تأهيل مهني محددة لدعم التدريب الداخلي؛ 3. المواظبة على اتصال شهري على الأقل مع العميل؛ 4. الدفع لصاحب العمل وفق جدول المواعيد المتفق عليه؛ 5. التواجد، عند الطلب، لزيارة موقع التدريب الداخلي؛ 6. تحديد أي تيسيرات معقولة سيحتاج إليها المتدرب لأداء مهام الوظيفة الأساسية في التدريب الداخلي، وسدد كل تكاليف صاحب العمل لتطبيق هذه التيسيرات؛ 7. التواصل مع صاحب العمل شهرياً على الأقل للمرجعة ومتابعة التقدم؛ 8. إرسال بالفاكس نسخة من نموذج الاتفاق المكتمل إلى منسق التدريب الداخلي في مكتب الولاية على رقم الفاكس 438-8007 (360)؛ 9. أخرى: 	
معلومات صاحب العمل	
<ol style="list-style-type: none"> 1. إمداد شعبة إعادة التأهيل المهني بتقدير تفصيلي للتكاليف لرعاية التدريب الداخلي؛ 2. إكمال الأوراق الضرورية لتعيينه كمورد لشعبة إعادة التأهيل المهني؛ 3. توظيف المتدرب والإشراف عليه كما هو محدد في الاتفاق؛ 4. دفع الأجور، وضرائب الرواتب، وتعويض العامل؛ 5. تطبيق التيسيرات المعقولة المتفق عليها للمتدرب لأداء مهام الوظيفة الأساسية في التدريب الداخلي (ستسدد شعبة إعادة التأهيل المهني التكاليف المرتبطة بذلك)؛ 6. إخطار استشاري/ممثل شعبة إعادة التأهيل المهني بأي مشكلات أو مخاوف قد تنشأ؛ 7. إكمال نموذج تقييم المتدرب في نهاية التدريب الداخلي. 	
توقيع عميل شعبة إعادة التأهيل المهني	التاريخ
توقيع استشاري شعبة إعادة التأهيل المهني	التاريخ
توقيع صاحب العمل	التاريخ