|  |
| --- |
| **متابعة ما بعد التوظيف** |
| **القسم الأول**  |
|  | اسم الباحث عن عمل  |
|  | اسم الشركة  |
|  | اسم المشرف على العمل  |
|  | تاريخ توقيع العقد  |
|  | تاريخ متابعة التوظيف  |
| لا | نعم | هل تم استخدام صندوق دعم التوظيف لدعم هذه الوظيفة |
| **احتياج لدعم التوظيف****(نعم \ لا)** | **نقطة قوة****(نعم \ لا)**  | **القسم الثاني** **ليتم اكماله مع صاحب العمل** |  |
|  |  | **نشاطات العمل** |  |
|  |  | الموظف يحضر في الأوقات المتفق عليها | **1** |
|  |  | الموظف يظهر استمرارية في إدارة والحفاظ على الوقت | **2** |
|  |  | **الادراك والتواصل** |  |
|  |  | الموظف ليس لديه صعوبة في اتباع التعليمات وإنهاء المهام | **3** |
|  |  | الموظف يتواصل بفاعلية مع زملاء العمل والادارة | **4** |
|  |  | الموظف يستطيع اكمال المهام المكلف بها بأقل قدر ممكن من الإشراف | **5** |
|  |  | **الحركة والتنقل** |  |
|  |  | الموظف ليس لديه صعوبة في الوصول لمناطق العمل المختلفة , جميع المناطق كانت متاحة له\لها | **6** |
|  |  | **العناية بالذات** |  |
|  |  | الموظف مظهره مناسب لبيئة العمل | **7** |
|  |  | **التواصل والتفاعل مع الآخرين** |  |
|  |  | الموظف يعمل بفاعلية مع زملاء العمل على مهام العمل  | **8** |
|  |  | **الاندماج والمشاركة** |  |
|  |  | الموظف ليس لديه صعوبة في أخذ فترات راحة والتواصل اجتماعياً مع زملاء العمل في أوقات الاستراحة المخصصة . | **9** |
|  |  | **متابعة تخص صندوق دعم التوظيف** |  |
|  |  | هل تم توفير الأدوات التي طلبت من صندوق الدعم؟ | **10** |
|  |  | **أخرى** |  |
|  |  | هل يوجد أي شيء آخر تستطيع كمقدّم خدمة توظيف مساعدتك من خلاله لضمان تحقق استمرارية ونجاح التوظيف لكل من المنشأة والموظف ؟ |  |
| **احتياج لدعم التوظيف****(نعم \ لا)** | **نقطة قوة****(نعم \ لا)** | **القسم الثالث** **ليتم اكماله مع الموظف** |  |
|  |  | **نشاطات العمل** |  |
|  |  | هل تحضر للعمل في الأوقات المتفق عليها | **1** |
|  |  | هل أنت منضبط في الحضور يومياً | **2** |
|  |  | **الادراك والتواصل** |  |
|  |  | هل لديك صعوبة في فهم واستيعاب ما يجب أن تؤديه كل يوم ؟ | **3** |
|  |  | هل تعلم من الشخص الذي تستطيع أن تتحدث معه لطلب المساعدة اذا احتجت ؟ | **4** |
|  |  | هل لديك القدرة على إكمال جميع جوانب العمل ولو بمساعدة قليلة ؟ | **5** |
|  |  | **الحركة والتنقل** |  |
|  |  | هل جميع مرافق المنشأة سهلة الوصول – هل تستطيع التنقل بأمان في جميع أنحاء المبنى وأينما تريد أن تذهب ؟ | **6** |
|  |  | **العناية بالذات** |  |
|  |  | هل مظهرك مناسب ولائق ببيئة العمل , هل تلبس اللبس الصحيح للعمل كل يوم ؟ | **7** |
|  |  | **التفاعل والاندماج مع الآخرين** |  |
|  |  | هل لديك صعوبة في العمل مع زملاء العمل أثناء الدوام ؟ | **8** |
|  |  | **الاندماج والمشاركة** |  |
|  |  | هل تقضي أوقات الاستراحة مع زملاء العمل؟ | **9** |
|  |  | **متابعة صندوق دعم التوظيف** |  |
|  |  | هل حصلت على الأدوات المساندة التي تحتاجها للقيام بالعمل ؟ اذا كان الجواب نعم , هل هي مفيدة ؟ | **10** |
|  |  | **أخرى** |  |
|  |  | هل لديك احتياج للمساندة في أي من جوانب العمل لكي تقوم بعلمك بشكل أفضل ؟ |  |
| **القسم الرابع : يتم اكماله من قبل مقدم خدمة التوظيف** |
| الاجراءات الواجب متابعتها لدعم صاحب العمل و\أو الموظف |
| **التاريخ** | **من المسؤول** | **المهمة** |
|  |  | 1. |
|  |  | 2. |
|  |  | 3. |