

Ажилчны нэр	-р хуудас	Нэхэмжлэлийн дугаар
-------------	-----------	---------------------

Ажил Эрхлэлтийн Түүх

Хувиараа эрхэлсэн болон сайн дурын ажлыг оруулан сүүлийн гурван жилийн ажлын туршлагын түүхээ бичнэ үү. Хамгийн сүүлийн үеийн ажлаас эхлэн ухраан жагсааж бичнэ үү. Ажил эрхлэх хугацаандаа гарсан завсарлага эсвэл тасалдлыг жагсааж бичнэ үү. Та тодорхой хугацаанд ажилгүй байсан бол яагаад гэдэгт тайлбар өгнө үү. Та ажилгүй байх хугацааны ажилгүйдлийн тэтгэмж (авсан) эсвэл авах хүсэлт гаргасан уу? Тийм бол, хэдийд ажилгүйдлийн тэтгэмж авсан бэ? Та тэр хугацаанд ажил хайсан уу? Үгүй бол, та яагаад ажил хайгаагүй вэ? Тухайн хугацааны ОН, САРЫГ оруулна уу. Хэрэв нэмэлт зай хэрэгтэй бол уг маягтыг олшруулж болно.

Хэнээс:		Хэнд:		Ажил тасалдсаны шалтгаан
Сар	Он	Сар	Он	
/		/		
/		/		
/		/		

Ажил олгогч байгууллагын нэр	Огноо (сар/он): Хэнээс: _____ / _____ Хэнд: _____ / _____
Ажил олгогчийн хаяг	
Хот, Муж, Зип код	Цалин: \$ _____ тус бүр: <input type="checkbox"/> Цаг <input type="checkbox"/> Өдөр <input type="checkbox"/> Сар Та цалингаас гадуур өөр орлого олж байсан уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм: \$ _____ тус бүр _____ зориулалт: <input type="checkbox"/> Цайны мөнгө <input type="checkbox"/> Хэсэгчилсэн ажил <input type="checkbox"/> Урамшуулал <input type="checkbox"/> Шимтгэл
Ажил олгогчийн утасны дугаар (____) _____	Уг ажил олгогч таны (эсвэл танай гэр бүлийн) эмнэлгийн, шүдний эсвэл нүдний харааны даатгалын шимтгэлийн зарим хэсгийг төлж байсан уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм
Хуваарь: _____ Өдөрт цаг, долоон хоногт _____ өдөр	Ажил олгогч танд хоол, байр, шатахуун болон бусад ижил төстэй эд зүйлсийн төлбөрийг төлж байсан уу эсвэл нөхөн төлдөг байсан уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм:
Таны албан тушаал, ажлын чиг үүрэг юу байсан бэ? _____	<input type="checkbox"/> Хоол <input type="checkbox"/> Байр <input type="checkbox"/> Шатахуун <input type="checkbox"/> Бусад: _____ \$ _____ тус бүр _____

Ажил олгогч байгууллагын нэр	Огноо (сар/он): Хэнээс: _____ / _____ Хэнд: _____ / _____
Ажил олгогчийн хаяг	
Хот, Муж, Зип код	Цалин: \$ _____ тус бүр: <input type="checkbox"/> Цаг <input type="checkbox"/> Өдөр <input type="checkbox"/> Сар Та цалингаас гадуур өөр орлого олж байсан уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм: \$ _____ тус бүр _____ зориулалт: <input type="checkbox"/> Цайны мөнгө <input type="checkbox"/> Хэсэгчилсэн ажил <input type="checkbox"/> Урамшуулал <input type="checkbox"/> Шимтгэл
Ажил олгогчийн утасны дугаар (____) _____	Уг ажил олгогч таны (эсвэл танай гэр бүлийн) эмнэлгийн, шүдний эсвэл нүдний харааны даатгалын шимтгэлийн зарим хэсгийг төлж байсан уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм:
Хуваарь: Өдөрт _____ цаг, долоон хоногт _____ өдөр	Ажил олгогч танд хоол, байр, шатахуун болон бусад ижил төстэй эд зүйлсийн төлбөрийг төлж байсан уу эсвэл нөхөн төлдөг байсан уу? <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тийм:
Таны албан тушаал, ажлын чиг үүрэг юу байсан бэ? _____	<input type="checkbox"/> Хоол <input type="checkbox"/> Байр <input type="checkbox"/> Шатахуун <input type="checkbox"/> Бусад: _____ \$ _____ тус бүр _____

Би энэхүү мэдээллийг миний мэдэж санаж байгаагаар үнэн зөв болохыг баталж байна.	
Огноо	Гарын үсэг