

SOLICITUD DE EMPLEO
EMPRESA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA EMPLEADOS

FAVOR DE LEER ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD

Esta empresa no discrimina en su reclutamiento, en su contratación ni en sus condiciones de empleo a base de raza, color, religión, origen nacional, género sexual, estado civil, incapacidad, edad, ni estado militar. Ninguna de las preguntas en este formulario llevan por objeto solicitar información en forma discriminatoria. Esta solicitud será revisada con debida atención; pero hay que advertir que ni el llenarla ni el entregarla, garantizan empleo. Para considerar su empleabilidad, es necesario que Ud. cumpla con los requisitos mínimos de capacidad para el puesto que Ud. busca con esta solicitud.

(ESCRITO EN SU PROPIA MANO, CONTESTE COMPLETAMENTE TODAS LAS PREGUNTAS)

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Fecha _____
(Apellido) (Nombre) (Otros Nombres)

Dirección _____ Teléfono: Residencia ____ / ____
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Zip)

Trabajo ____ / ____

¿Es su edad de 18 años o mayor? Sí No

¿Está autorizado a trabajar en Estados Unidos? Sí No

(Si la compañía le ocupa, Ud. tendrá que comprobar elegibilidad de empleo.)

Otros nombres que haya usado Ud. en empleos anteriores _____

CONTESTE ESTAS PREGUNTAS SOLO SI SE LAS SOLICITAN

Número de Seguro Social _____ Número de Licencia de Manejar _____ Estado _____

INFORMACIÓN GENERAL

Solicitud para el puesto de _____ Requisito salarial _____
 Tiempo completo Tiempo Parcial Temporal

Estaré disponible (fecha) _____ ¿Se opondría Ud. a trabajo de turnos? Sí No

¿Ha solicitado empleo Ud. con nuestra compañía? Sí No

Si cierto ¿Cuándo? _____ Tipo de puesto que se solicitó _____

¿Cómo fue referido a nuestra compañía?

Empleado nuestro Anuncio comercial Escuela Visita Agencia Otro

Nombre de fuente de referencia indicada arriba _____

¿Se ha declarado culpable o se le ha condenado en alguna ofensa criminal? (Vea "Condenas," página 4) Sí No

Si cierto, dé fechas y circunstancias _____

¿Se le ha despedido, involuntariamente de parte suya, de algún puesto? Sí No

Si cierto, dé fechas y circunstancias _____

EMPLEO

HAGA LISTA DE TODOS LOS PUESTO QUE HA OCUPADO UD., PRINCIPIANDO CON EL MAS RECIENTE. INCLUYA AQUI AUTO-EMPLEO Y SERVICIO VOLUNTARIO. ADJUNTE HOJA ADICIONAL SI ES NECESARIO.

Empresa corriente o la anterior _____ Empleado/a desde _____ hasta _____

Número y calle _____ Salario al principio _____ al final _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____ / _____

Nombre y título de supervisor inmediato _____ Su título _____

Descripción de sus responsabilidades _____

Razones por las cuales fue abandonó el trabajo o por las cuales busca cambio de empleo _____

¿Nos permite llamar a esta empresa al considerar su solicitud? Sí No

La penúltima empresa _____ Empleado/a desde _____ hasta _____

Número y calle _____ Salario al principio _____ al final _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____ / _____

Nombre y título de supervisor inmediato _____ Su título _____

Descripción de sus responsabilidades _____

Razones por las cuales fue abandonó el trabajo o por las cuales buscó cambio de empleo _____

¿Nos permite comunicarnos con esa empresa al considerar su solicitud? Sí No

La antepenúltima empresa _____ Empleado/a desde _____ hasta _____

Número y calle _____ Salario al principio _____ al final _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____ / _____

Nombre y título de supervisor inmediato _____ Su título _____

Descripción de sus responsabilidades _____

Razones por las cuales fue abandonó el trabajo o por las cuales buscó cambio de empleo _____

¿Nos permite comunicarnos con esa empresa al considerar su solicitud? Sí No

La ante-ante penúltima empresa _____ Empleado/a desde _____ hasta _____

Número y calle _____ Salario al principio _____ al final _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____ / _____

Nombre y título de supervisor inmediato _____ Su título _____

Descripción de sus responsabilidades _____

Razones por las cuales fue abandonó el trabajo o por las cuales buscó cambio de empleo _____

¿Nos permite comunicarnos con esa empresa al considerar su solicitud? Sí No

EDUCACIÓNESCRIBA CON LETRAS DE IMPRENTA EL NOMBRE,
CIUDAD Y ESTADO PARA CADA INSTITUCIÓN

FECHAS

CURSO O CARRERA

GRAD-
UADO?

TÍTULO

Secundaria		Desde _____			
		Hasta _____			
Normal o Universidad		Desde _____			
		Hasta _____			
Normal o Universidad		Desde _____			
		Hasta _____			
Colegios Técni- cos, Nocturnos o de Correspon- dencia		Desde _____			
		Hasta _____			
Otro		Desde _____			
		Hasta _____			

¿Asiste Ud. a algún colegio o universidad actualmente? Sí No Si cierto, ¿Cuándo (fecha) piensa Ud. completar sus estudios? _____ Haga una lista de las materias (los cursos) que toma _____

DESTREZAS ESPECIALES

Haga una lista de licencias/certificados/diplomas profesionales o técnicos que verifiquen su capacidad para desempeñar las funciones del puesto que solicita. _____

Haga una lista de posiciones o trabajo voluntario que den credibilidad a su capacidad de desempeñar las funciones del puesto que Ud. solicita. _____

Haga una lista de destrezas especiales en el manejo de equipo, avíos, u otra maquinaria con referencia a capacidades necesarias para desempeñar las funciones del puesto que Ud. solicita. _____

SALUD

Si se le ofreciera el puesto, ¿se sometería Ud. a un examen físico con un médico de nuestra elección? Sí No

¿Acordaría Ud. a un pre- y pos-examen de drogas por una clínica o médico de nuestra elección? Sí No

¿Fuma Ud.? Sí No

REFERENCIAS PERSONALES*

* No parientes ni empresarios (empleadores)

NOMBRE	DIRECCIÓN	NOMBRE DE EMPRESA DIRECCIÓN Y NÚMERO	PUESTO U OCUPACIÓN	TIEMPO DE CONOCIDO

HAGA UNA LISTA DE LOS NOMBRES DE SUS PARIENTES OCUPADOS POR NUESTRA EMPRESA Y SU RELACIÓN CON ELLOS

LEA CON MUCHO CUIDADO ANTES DE FIRMAR

Juro por la presente que la información dada en esta solicitud es verídica a saber, y que queda sujeta a la comprobación por esta empresa. Autorizo yo a escuelas, personas, empresarios anteriores, agencias y otras organizaciones indicadas en esta solicitud a proveer a esta empresa (sus empleados autorizados, agentes o representantes) cualquier información relevante que pueda ser requerida para arribar a una decisión de empleo y por la presente, libero de toda responsabilidad que puedan incurrir como resultado dichas escuelas, personas, empresarios, agencias, y organizaciones. Comprendo que cualquier malarepresentación u omisión de hechos materiales en esta solicitud pueden justificar el rechazo de empleo.

En el evento de que se me emplee, comprendo que todos los empleados están sujetos a la terminación según el juicio de la empresa. Si, en el evento de que yo decida terminar mi empleo voluntariamente, tengo la libertad de hacerlo a cualquier tiempo, y si decido dar noticia propia de terminación, la empresa o me permite continuar mi empleo durante el período de notificación o acepta mi dimisión inmediatamente.

Comprendo que, en el evento de que yo sea empleado por la empresa, mi compensación, horas de empleo y todos los otros términos y condiciones de empleo están sujetos a modificación o cambio por la empresa según su juicio.

Comprendo también, que si se me emplea, cualquier malarepresentación hecha por mí al llenar este formulario de solicitud se considerará suficiente causa para despedirme sin noticia adelantada.

Autorizo a esta empresa a rendir mi hoja de empleo, en parte o en total, y en confianza, a cualquier futuro empresario, agencia gubernamental, u otro partido, con interés propio o legal.

En el evento de mi empleo, cumpliré con todas los reglamentos enunciados en el manual de normas u otras comunicaciones distribuidas a todos los empleados.

También comprendo que mi empleo es condicional pendiente, si se me solicita, a pasar satisfactoriamente un examen físico y/o prueba de drogas dados por un médico o enfermera seleccionados por la empresa.

Comprendo que el llenar este formulario no me garantiza estado como solicitante ni consideración para empleo a menos de que cumpla con las aptitudes mínimas indicadas y requeridas para el puesto que solicito.

CONDENAS: Una condena no significa automáticamente que se le negará empleo. De qué se le condenó, cuáles fueron las circunstancias de su condena, cuánto hace que ocurrió su condena, todas son consideraciones importantes para determinar su elegibilidad. Haga cuenta de todos los hechos para que pueda hacerse una decisión justa.

He leído la declaración arriba y acepto tal como condición a mi empleo con esta empresa.

Firma del Solicitante

Este Empleador Participa en E-Verify

E-Verify™



Este empleador le proporcionará a la Administración del Seguro Social (SSA), y si es necesario, al Departamento de Seguridad Nacional (DHS), información obtenida del Formulario I-9 correspondiente a cada empleado recién contratado con el propósito de confirmar la autorización de trabajo.

IMPORTANTE: En dado caso que el gobierno no pueda confirmar si está usted autorizado para trabajar, este empleador está obligado a proporcionarle las instrucciones por escrito y darle la oportunidad a que se ponga en contacto con la oficina del SSA y, o el DHS antes de tomar una determinación adversa en contra suya, inclusive despedirlo.

Los empleadores no pueden utilizar E-Verify con el propósito de realizar una preselección de aspirantes a empleo o para hacer nuevas verificaciones de los empleados actuales, y no deben

restringir o influenciar la selección de los documentos que sean presentados para ser utilizados en el Formulario I-9.

A V I S O:

La Ley Federal le exige a todos los empleadores que verifiquen la identidad y elegibilidad de empleo de toda persona contratada para trabajar en los Estados Unidos.

A fin de poder determinar si la documentación del Formulario I-9 es válida o no, este empleador utiliza la herramienta de selección fotográfica de E-Verify para comparar la fotografía que aparece en algunas de las tarjetas de residente y autorizaciones de empleo, con las fotografías oficiales del Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS).

Si usted cree que su empleador ha violado sus responsabilidades bajo este programa, o ha discriminado en contra suya durante el proceso de verificación debido a su lugar de origen o condición de ciudadanía, favor ponerse en contacto con la Oficina de Asesoría Especial llamando al 1-800-255-7688 (TDD: 1-800-237-2515).

Employment Verification.  Done.

Para mayor información sobre E-Verify, favor ponerse en contacto con la oficina del DHS llamando al:

1-888-464-4218



E-VERIFY IS A SERVICE OF DHS AND SSA

NOSOTROS ESTAMOS COMETIDOS A UN LUGAR DE EMPLEO LIBRE DE DROGAS ILEGALES.

PARA PROMOVER UN AMBIENTE DE TRABAJO SEGURO Y SALUDABLE TODOS LOS EMPLEADOS NUEVOS SON SOMETIDOS A UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL ABUSO DE DROGAS ILEGALES.

USAMOS UNA PRUEBA EVASIVA QUE ANALISA EL CABELLO PARA DETECTAR EL ABUSO DE DROGAS SOBRE UN PERIODO DE APPROXIMADAMENTE

90 DIAS

LOS INDIVIDUOS QUE SON CONFIRMADOS POSITIVO PARA EL USO DE DROGAS ILEGALES SON SUJETOS A ACCION APROPIADA BAJO LA POLIZA DE LA COMPANIA.