

SOLICITUD DE EMPLEO

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Si Ud. necesita ayuda para llenar esta solicitud o en cualquier fase del proceso de selección, favor de notificar a la persona que le entregó este formulario y haremos todo lo posible para brindarle en un tiempo razonable acomodaciones especiales de acuerdo a sus necesidades.

1. Favor de leer "NOTA PARA EL SOLICITANTE" abajo.
2. Complete ambos lados de esta hoja.
3. Si necesita más espacio para completar una pregunta, use la sección de comentarios al final de esta página.
4. Escriba en forma clara; solicitudes incompletas o ilegibles no serán tramitadas.
5. Solamente proporcione la información pedida. El hecho de que no conteste puede resultar en la disqualificación de su solicitud.
6. Algunos paquetes pueden incluir un CUESTIONARIO SOBRE ACCION AFIRMATIVA. Esta información está siendo recolectada para Affirmative Action, sección 503 del Acta de Rehabilitación de 1973. La información solicitada es voluntaria y será mantenida en forma confidencial. El solicitante no será sujeto a ningún trato adverso si se niega a completar este cuestionario.
7. NO LLENE NINGUN OTRO FORMULARIO DE LOS EXPLICADOS ARRIBA HASTA QUE RECIBA INSTRUCCIONES ADICIONALES.

LA POSICIÓN SOLICITÓ: _____

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

NUMERO SOCIAL SECURITY: _____

TELÉFONO (HOGAR): _____ TELÉFONO (TRABAJO): _____

DIR. PRESENTE: _____
CALLE
CIUDAD ESTADO CODIGO (ZIP)

DIR. ANTERIOR: _____
CALLE
CIUDAD ESTADO CODIGO (ZIP)

NOTA PARA EL SOLICITANTE

El propósito de este formulario es para su uso en la evaluación de sus aptitudes para el trabajo. Este no es un contrato de trabajo. Favor de contestar todas las preguntas apropiadas en forma completa y precisa. Declaraciones falsas o fuera de la verdad durante la entrevista y en este formulario son causa suficiente para cancelar el proceso de aplicación o si se descubre alguna falsedad durante su empleo, su trabajo será cancelado. Todos los solicitantes calificados recibirán toda consideración sin discriminación fundada en sexo, estado civil, raza, edad, credo, origen nacional orientación sexual, miembresía de la reserva militar, ascendencia ancestral, religion, talla, peso, uso de un guía o soporte animal por causa de ceguera, sordera, o con, incapacidad física. Una convicción no necesariamente excluirá al solicitante de obtener empleo. Exámenes adicionales para evaluar la capacidad profesional del solicitante y análisis de presencia de drogas en su cuerpo pueden ser exigidos antes del empleo. (Después que se le ha ofrecido empleo y previo a la presentación al trabajo, Ud. podría ser exigido someterse a un chequeo médico.) Dependiendo de la política de la compañía y las necesidades del trabajo, Ud. será exigido completar un formulario sobre su historia médica y puede ser exigido que se examine por un profesional de la medicina designado por la compañía.

DISPONIBILIDAD

¿Cuándo puede comenzar? _____ ¿Qué categoría prefiere? Tiempo completo Medio tiempo Temporal Con grupo de empleados
 ¿A qué horarios está disponible? días de semana Fines de semana Atardecer Noches Tiempo extra En horario fijo otro _____
 Los esfuerzos razonables serán hechos de acomodar sincero considerado la creencia moral y ética (WI), creencia y las prácticas religiosas (el resto de los estados).
 *Se harán esfuerzos razonables para acomodar sinceras creencias morales y éticas, (WI) creencias religiosas y prácticas (los demás Estados)

HABILIDADES RELACIONADAS AL TRABAJO

NOTA: No llene alguna pregunta que Ud. estime que no está relacionada con el trabajo.

- Sí No Si el empleo lo requiere, ¿tiene Ud. una licencia de manejar válida y apropiada?
 Nombre en la licencia _____ DL# _____ Tipo _____ Estado donde fue emitida _____
- Sí No ¿Ha Ud. cometido alguna vez alguna infracción de tránsito en los últimos siete años? Favor de explicar. _____
 Describa algún otro tipo de habilidades, licencias, o certificados que son pertinentes con el trabajo o que Ud. siente que serían de valor para el trabajo que solicita. _____
- Sí No ¿Le han entregado la descripción de su puesto o le explicaron las funciones esenciales?
- Sí No ¿Entiende Ud. estas funciones esenciales?
- Sí No ¿Puede Ud. llevar a cabo las funciones esenciales del trabajo con o sin acomodaciones razonables?

SEGURIDAD

Liste los estados y condados en los que Ud. ha residido en los últimos siete años. _____

- Sí No ¿Ha usado Ud. un nombre diferente o un número de seguro social "social security" distinto a los que Ud. escribió al inicio de este cuestionario? Si es así explíquelo en la sección de comentarios (abajo).
- Sí No ¿Ha sido Ud. sentenciado por algún crimen en los últimos siete años? Si es así favor de explicar en la tabla de abajo. (Una condena no será necesariamente un impedimento para conseguir empleo. En concordancia con la política de la compañía y con las leyes estatales y federales aplicables, factores tales como la edad al momento del delito, lejanía del delito en el tiempo, el tiempo pasado desde su última condena, la naturaleza del trabajo solicitado y esfuerzos de rehabilitación serán revisados.)

INCIDENTE	CIUDAD/ESTADO	CARGOS
1.		
2.		

COMENTARIOS

PIDA UNA HOJA ADICIONAL SI ES NECESARIO

TRABAJOS ANTERIORES

NOTA IMPORTANTE: Su solicitud no será considerada al menos que todas las preguntas sean contestadas. Debido a que nosotros haremos todo el esfuerzo para contactar sus empleos anteriores, es esencial que nos proporcione los números de teléfono de ellos en forma correcta. Si Ud. lo necesita, pida un directorio telefónico o llame a la central telefónica para mayor información. PARA TRABAJOS FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS ES OBLIGATORIO QUE NOS BRINDE UN NUMERO DE FAX ACTUALIZADO.

TRABAJOS MÁS RECIENTE Sí No ¿Está usted trabajando en este lugar en el presente?
 Sí No ¿Si dijo que sí lo podemos contactar?

TELEFONO ()
FAX ()

NOMBRE DE LA EMPRESA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
 DE _____ A _____
 FECHAS DEL EMPLEO _____ NOMBRE DEL PUESTO _____ NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
 OBLIGACIONES _____
 SALARIO _____ POR _____
 (HORA, SEMENA, MES) MOTIVOS DE SU SALIDA _____

SEGUNDO TRABAJOS MAS RECIENTE

TELEFONO ()
FAX ()

NOMBRE DE LA EMPRESA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
 DE _____ A _____
 FECHAS DEL EMPLEO _____ NOMBRE DEL PUESTO _____ NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
 OBLIGACIONES _____
 SALARIO _____ POR _____
 (HORA, SEMENA, MES) MOTIVOS DE SU SALIDA _____

TERCER TRABAJOS MAS RECIENTE

TELEFONO ()
FAX ()

NOMBRE DE LA EMPRESA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
 DE _____ A _____
 FECHAS DEL EMPLEO _____ NOMBRE DEL PUESTO _____ NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
 OBLIGACIONES _____
 SALARIO _____ POR _____
 (HORA, SEMENA, MES) MOTIVOS DE SU SALIDA _____

REFERENCIAS

Incluya sólo personas que conocen de su capacidad profesional. No incluya nombre de familiares o los nombres de superiores listados arriba.

NOMBRE	DIRECCION/TELEFONO	AÑOS QUE LO CONOCE/RELACION
1.		
2.		

EDUCACION

“Nota: no llene ninguna parte de esta sección si Ud. cree que no está relacionada con el trabajo”
 Encierre en un círculo el grado más alto completado 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 16+

Si los registros de su escuela están bajo un nombre distinto, escriba ese nombre _____

NOMBRE	CIUDAD/ESTADO	¿GRADUADO?	¿TITULO?
COLEGIO DE SECUNDARIA			
UNIVERSIDAD			
OTRO			

CERTIFICACION Y EXONERACION

Hago certificar que yo he leído y entendido la nota al solicitante descrita en la primera página de este formulario y que mis respuestas y afirmaciones asociadas con las preguntas son verdaderas y fundadas en lo mejor de mi conocimiento y convicción. Entiendo perfectamente que cualquier información falsa, omisión, o mala representación de los hechos en este formulario resultará en el rechazo de mi solicitud o el despido de mi trabajo en cualquier momento. Yo autorizo a la compañía y/o sus representantes, incluyendo al buró de informes al consumidor, para que verifiquen cualquier información pertinente. Yo también autorizo a todos los patrones/jefes anteriores, personas, escuelas, empresas y autoridades policiales o de investigación para que brinden su colaboración concierne a mi pasado y por consiguiente las personas anteriores, escuelas, compañías o autoridades policiales o de investigación quedan exoneradas de cualquier responsabilidad u obligación debida al haber proporcionado esta información. Yo también entiendo que el uso ilegal de drogas está terminantemente prohibido durante el trabajo. Si la política de la empresa lo exige, estoy dispuesto a presentarme a una prueba de narcóticos para detectar el uso ilegal de drogas antes y durante mi nuevo empleo.

FIRMA	FECHA
-------	-------