



# APPLICATION FOR EMPLOYMENT | SOLICITUD DE EMPLEO

Equal Opportunity Employer

## PERSONAL INFORMATION | INFORMACIÓN PERSONAL DATE|FECHA \_\_\_\_\_

<u>NAME (LAST NAME FIRST)   NOMBRE (APPELLIDO PRIMERO)</u>			
<u>PRESENT ADDRESS   DIRECCIÓN ACTUAL</u>		<u>CITY   CIUDAD</u>	<u>STATE</u>
			<u>ZIP CODE   CODIGO POSTAL</u>
<u>PHONE NO.   TELÉFONO</u>		<u>REFERRERED BY   RECOMENDADO POR</u>	

## EMPLOYMENT DESIRED | EMPLEO DESEADO

<u>POSITION PUESTO</u>	<u>DATE YOU CAN START FECHA QUE PUEDE EMPEZAR</u>	<u>SALARY DESIRED   SALARIO DESEADO</u>
<u>ARE YOU EMPLOYED NOW? ¿TRABAJA ACTUALMENTE?</u> YES / NO CIRCLE ONE SI	<u>ARE YOU LEGALLY AUTHORIZED TO WORK IN THE U.S.A? ¿ESTÁ AUTORIZADO PARA TRABAJAR LEGALMENTE EN EE.UU.?</u> CIRCLE ONE YES SI   NO	
<u>EVER APPLIED TO THIS COMPANY BEFORE? ¿A POSTULADO A ESTA COMPA-ÍA ANTES?</u> YES SI   NO	<u>WHERE?  ¿DONDE?</u>	<u>WHEN?  ¿CUÁNDO?</u>

## EDUCATION | EDUCACIÓN

<u>NAME AND LOCATION OF SCHOOL NOMBRE Y LUGAR DE LA ESCUELA</u>	<u>YEARS ATTENDED   A-OS QUE ASISTIÓ</u>	<u>GRADUATE? SE GRADÚA?</u>	<u>SUBJECTS STUDIED RAMOS ESTUDIADOS</u>
HIGH SCHOOL   ESCUELA SECUNDARIA			
COLLEGE   UNIVERSIDAD			
TRADE/BUSINESS / ESCUELA DE OFICIOS, NEGOCIOS			

## FORMER EMPLOYERS | INFORMACIÓN GENERAL

<u>DATE,MONTH,YEAR FECHA, MES Y AÑO</u>	<u>NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR</u>	<u>POSTION PUESTO</u>	<u>REASON FOR LEAVING RAZÓN DE SALIDA</u>

CONTINUED ON OTHER SIDE | CONTINÚA EN EL REVERSO

## REFERENCES | REFERENCIAS

GIVE BELOW THE NAMES OF THREE PERSONS NOT RELATED TO YOU, WHOM YOU HAVE KNOWN AT LEAST ONE YEAR.

DÉ EL NOMBRE DE TRES PERSONAS QUE NO SEAN SUS PARIENES, Y A QUIENES CONOZCA AL MENOS UN AÑO

NAME   <i>NOMBRE</i>	PHONE   <i>TELÉFONO</i>	BUSINESS   <i>PROFESIÓN</i>	YEARS KNOWN AÑO QUE LO CONOCE

## AUTHORIZATION | AUTORIZACIÓN

I CERTIFY THAT THE FACTS CONTAINED IN THIS APPLICATION ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND UNDERSTAND THAT, IF EMPLOYED, FALSIFIED STATEMENTS ON THIS APPLICATION SHALL BE GROUNDS FOR DISMISSAL.

I AUTHORIZE INVESTIGATION OF ALL STATEMENTS CONTAINED HEREIN AND THE REFERENCES AND EMPLOYERS LISTED ABOVE TO GIVE YOU ANY AND ALL INFORMATION CONCERNING MY PREVIOUS EMPLOYMENT AND ANY PERTINENT INFORMATION THEY MAY HAVE, PERSONAL OR OTHERWISE, AND RELEASE THE COMPANY FROM ALL LIABILITY FOR ANY DAMAGE THAT MAY RESULT FROM UTILIZATION FOR SUCH INFORMATION

I ALSO UNDERSTAND AND AGREE THAT NO REPRESENTATIVE OF THE COMPANY HAS ANY AUTHORITY TO ENTER ANY AGREEMENT FOR EMPLOYMENT FOR ANY SPECIFIED PERIOD OF TIME, OR TO MAKE ANY AGREEMENT CONTRARY TO THE FOREGOING, UNLESS IT IS IN WRITING AND SIGNED BY AN AUTHORIZED COMPANY REPRESENTATIVE.

MY EMPLOYMENT SHALL BE IN ACCORDANCE WITH THE TERMS OF THIS APPLICATION, ALL SAFETY AND INCIDENT REPORTING RULES, AND ALL OTHER COMPANY RULES AND REGULATIONS. THE COMPANY SHALL HAVE THE RIGHT TO AMEND, MODIFY, OR REVOKE ITS RULES AND REGULATIONS AT ANY TIME. I WILL FAMILIARIZE MYSELF PROMPTLY WITH SUCH RULES AND REGULATIONS AND WILL BE BOUND BY THE RULES AND REGULATIONS NOW OR HEREAFTER IN EFFECT.

THIS WAIVER DOES NOT PERMIT THE RELEASE OR USE OF DISABILITY-RELATED OR MEDICAL INFORMATION IN A MANNER PROHIBITED BY THE AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA) AND OTHER RELEVANT FEDERAL AND STATE LAWS"

*"CERTIFICO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SON A MI MEJOR SABER Y ENTENDER VERDADEROS Y COMPLETOS, Y ENTIENDO QUE SI ME EMPLEAN, LAS DECLARACIONES FALSAS CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SERÁN CAUSAL DE DESPIDO.*

*AUTORIZO QUE SE INDAGUEN TODOS LOS DATOS, LAS REFERENCIAS Y LOS EMPLEADORES CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD, CON EL FIN DE RECABAR INFORMACIÓN RELATIVA A MIS EMPLEOS ANTERIORES, Y TODA LA INFORMACION PERTINENTE, PERSONAL O DE CUALQUIER DANO QUE PUDIERA RESULTAR POR LA UTILIZACION DE DICHA INFORMACION.*

*TAMBIEN ENTIENDO Y ACEPTO QUE NINGUN REPRESENTANTE DE LA COMPANIA ESTA FACULTADO PARA HACER UN CONTRATO POR ALGUN PERIODO DETERMINADO, NI PARA HACER UN CONTRATO CONTRARIO A LO PRECEDENTE, A MENOS QUE EL MISMO SEA POR ESCRITO Y FIRMADO POR UN REPRESENTANTE AUTHORIZADO DE LA COMPANIA.*

*ESTA DENEGACION NO PERMITE LA DIVULGACION NI EL USO DE INFORMACION MEDICA O RELACIONADA CON DISCAPACIDADES, TAL COMO LO ESTABLECE LA ADA ( LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES) Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES PERTINENTES."*

DATE | FECHA \_\_\_\_\_

SIGNATURE | FIRMA \_\_\_\_\_

---

**DO NO WRITE BELOW THIS LINE | NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

INTERVIEWED BY \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

### REMARKS


HIRED BY: _____ FOR DEPT.: _____ POSITION: _____ PAY RATE: _____
--