

Solicitud de Empleo

6250 Industrial Blvd.
Edmond, OK 73034
800-259-3365

Nombre: _____ SSN: _____
Apellido Primer Inicial de Sobrenombre

Dirección: _____
(No P.O. Box) Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono: () - Segundo Numero de Teléfono: () -

Numero de Licencia: _____ Estado: _____ Clase: _____ Endorsamientos: _____

Correo: _____ Como supo de esta posicion? _____

Por Que Posición Esta Aplicando: _____ Salario Deseado: _____ Por _____

Areas Geográficas Por Las Cuales Esta Aplicando / Esta Dispuesto Viajar A: _____

¿Va a viajar más de 75 millas? Y N

Esta Usted Legalmente Autorizado Para Trabajar En Estados Unidos? Y N

Please list any friends/relatives that are currently employed here: _____

Referencias

Por favor nombre a dos personas que no son familia y por quienes no ha sido empleado:

Nombre: _____ Dirección: _____
 Teléfono: () - Ciudad: _____ Estado: _____ CP _____

Nombre: _____ Dirección: _____
 Teléfono: () - Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Educación

Por Favor Haga Circulo en el Nivel Mas Alto de Educación Terminada

Secundaria	8	9	10	11	12	Ciudad, Estado: _____
Técnica	1	2				Oficio: _____
Colégio	1	2	3	4		Estudio Principal: _____
Estudio Graduado	1	2	3	4		Estudio Principal: _____

Registro de Manéjo (use la parte de atras si es necesario)

	Fecha	Ciudad, Estado	Detalles
Violaciones			
Accidentes			

Destrezas de Oficio y Experiencia

Por favor llene la parte de abajo basado en sus años de experiencia y nivel de destreza de oficio.

Úse la siguiente como guía de nivel de destreza:

- A: Nivel de Señoridad /Capaz de Entrenar a Otros C: Destreza Intermediante
 B: Destreza Fuerte D: Nivel de Entrada

Maquinaria Pesada					
Item	Años	Destreza	Item	Años	Destreza
Aplanador (Roller)			Track Hoe		
Cargador Frontal(Front-End Loader)			Excavador Hidráulico (Dozer)		
Razpador (Scraper)			Motor Grader (Moto-confortadora)		
Manéjo					
Item	Años	Destreza	Item	Años	Destreza
Troca de Agua			Descarga Lateral		
Materiales Peligrosos			Tractor Trailer		
Descarga de Diez Ruedas			Carga Pesada		
Mecánica / Aceite					
Item	Años	Destreza	Item	Años	Destreza
Mantenimiento Preventivo			Transmisión		
Frenos / Suspension			Eléctrica		
Motor			Hidráulica		
Soldador					
Item	Años	Destreza	Item	Años	Destreza
Mig			“Fuera de Posicion”		
Tig			Fabricación		
Varilla(nombre el tipo de vara)			Modelos (Blueprints)		
*** Otro ***					
Item	Años	Destreza	Item	Años	Destreza
Trabajo General			Estacar		
Mantenimiento del Equipo			Finishero de Concreto		
Inspeccionar			Otro:		
Oficina					
Item	Años	Destreza	Item	Años	Destreza
MS Word			Expedition / Sure-Trac		
MS Excel			PeachTree / Quickbooks		
AutoCAD / Micro Station			Otro:		
DESTREZAS DE SUPERVISOR					
Equipo mas grande que ha supervisado:					
Campo o Oficina?					
Tareas:					

Por favor nombre algun entrenamiento especial y/o destrezas relacionadas a la posición: _____

Patrones Anteriores

Aplicantes de CDL (Licencia de Manejo Comercial): Debe Mostrar Su Historia de 10 Años, Todo Aplicante Debe Mostrar Su Historia de 5 Años. *Escriba el Trabajo Actual o el Mas Reciente Primero. Por Favor Explique Los Espacios de Tiempo Entre Cada Empleo. Use la Parte de Atras si le es Necesario.*

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas: _____ _____ _____	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle _____ _____ Ciudad, Estado	Supervisor:		Salario:

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas: _____ _____ _____	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle _____ _____ Ciudad, Estado	Supervisor:		Salario:

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas: _____ _____ _____	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle _____ _____ Ciudad, Estado	Supervisor:		Salario:

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas: _____ _____ _____	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle _____ _____ Ciudad, Estado	Supervisor:		Salario:

Comienzo Mes / Año /	Nombre de la Compania	Teléfono () -	Tareas: _____ _____ _____	Razon de Abandono:
Fin Mes / Año /	Calle _____ _____ Ciudad, Estado	Supervisor:		Salario:

Indique cualesquiera de los patrones que NO quiere que contactémos: _____

Ha sido Usted despedido por algún patron anterior: Si No Si haci fue, de cual(es) patron(es)? _____

Ha sido Usted provado culpable de, o se ha declarado "culpable" o "sin contienda" (no contest) a algún crimen? Si No

Si haci fue, escriba la(s) fecha(s) y detalle(s): _____

El Responder "Si" no constituye un rechazo automatico de su empleo. La fecha de la ofensa, la seriedad y la clase de violación, rehabilitación, y la posición serán considerados.

Esto certifica que esta aplicación has sido llenada por mi, y que todos los datos e informacion aqui escritos son veridicos y completados al mayor de mi conocimiento. Yo le autorizo que hagan investigaciones e inquirir mi historia personal, de emplé, financiera, o médica y cualquier otro tema relacionado como sea necesario para llegar a una decision de emplé. (Generalmente, la investigación acerca de la historia medica se hará solo cuando y despues de haberle ofrecido empleo condicional que ha sido extendido.) Yo, por este medio, libro a patrones, escuelas, proveedores de atencion médica, e otras personas de toda responsabilidad al responder a la información investigada en relación a mi aplicación. En caso de empleo, yo entiendo que información falsa o engañosa en mi aplicación o en la entrevista(s) pueden resultar en que sea despedido. Yo entiendo, ademas, que se me requiere seguir todas las reglas y regulaciones de la Compania, y que empleo es "de voluntad" y puede ser terminado por mi o por la Compania en cualquier momento, con o sin razon cualquiera.

Firma del Aplicante _____ **Fecha** _____

LANZAMIENTO INVESTIGADOR DEL INFORME DEL CONSUMIDOR

De conformidad con el informe investigador del consumidor el acceso me entregó previamente, autorizo servicios comerciales de USIS para preparar un informe del consumidor o informe investigador del consumidor sobre mí para los propósitos relativos al empleo. Me han proporcionado una copia del resumen de las derechas del consumidor conforme al crédito justo que divulgaba el acto (FCRA). Lanzo por este medio y descargo completamente USIS, sus afiliados respectivos, los subsidiarios, los directores, los oficiales, los empleados, los agentes y los abogados de eso, y cada uno de los ellos, y el cualquier individuo, la organización, la entidad, la agencia, o la otra fuente que proporciona la información a USIS de todas las demandas y daños que se presentan fuera o referentes de cualquier investigación de mi fondo para los propósitos del empleo. Este lanzamiento es válido para todo el federal, estado, condado y agencias locales, autoridades, patrones anteriores, servicios militar e instituciones educativas.

USIS se autoriza para divulgar toda la información obtenida a la entidad de petición con el fin de hacer una determinación mi elegibilidad para el empleo, la promoción o cualquier otro propósito legal. Convengo que tal información que USIS tiene u obtiene, y mi historia de empleo si me emplean, se pueden proveer por USIS a otras compañías que suscriban a USIS. Si está empleada o contratada, esta autorización queda orientada archivo y sirve como autorización en curso para la consecución de los informes del consumidor en en cualquier momento durante mi plazo del empleo o de ejecución.

- Oklahoma Aspirantes solamente: Solicito una copia de cualesquiera *crédito* divulgue solicitado en mí.
 Minnesota Aspirantes solamente: Solicito una copia de cualquier informe del consumidor solicitado en mí.

ESTA AUTORIZACIÓN NO SE APLICA a la INFORMACIÓN de la DROGA Y del ALCOHOL OBTENIDA BAJO PARTE I.

Firmando abajo, certifico que he leído y entiendo completamente este lanzamiento, eso antes firmando de mí fui dado una oportunidad de hacer preguntas y de tener esas preguntas contestadas a mi satisfacción, y que ejecuté este lanzamiento voluntariamente y con el conocimiento que la información que era lanzada podría afectar mi que era empleado, mi empleo, o mi elegibilidad para la promoción.

Nombre del aspirante de la impresión

Firma del aspirante

Para los propósitos de recopilar esta información, acuerdo proveer la información siguiente, que se puede requerir por las agencias de la aplicación de ley y otras entidades para los propósitos de la identificación positiva cuando la comprobación registra. Es confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito.

Imprima otros nombres pasados que usted ha utilizado:

Estados de la lista y condados de la residencia para el pasado: 3 años 5 años 7 años 10 años (una una hoja separada si más espacio es necesario.)

Estado _____ de la ciudad/condado _____ del año de _____ del _____

Estado _____ de la ciudad/condado _____ del año de _____ del _____

del estado de City _____ del _____ de la dirección casera _____ del cierre relámpago

No. de licencia de conductor.: Estado del _____ que publica la licencia: _____ Exp. Fecha: _____

Fecha de nacimiento el _____ Sexo: Varón Hembra Raza: Asiático Negro Blanco hispanico El otro _____
(círculo uno) (círculo uno)

Acceso voluntario del uno mismo de la identidad

Nuestra compañía tiene, y continuará conformándose completamente con todos los leyes aplicables del empleo. No habrá discriminación contra ningún empleado o aspirante debido a la raza, el color, la religión, el sexo, la edad, el origen nacional, la inhabilidad o el estado del veterano. Suscribimos a la política y a nuestro programa de la acción afirmativa que tratarán a todos los empleados iguales durante su empleo en todas las materias, incluyendo el empleo, el aumento, la promoción, la transferencia, el despido, la terminación, índices de la paga, la selección para el entrenamiento, o el reclutamiento. La cooperación completa de todos los empleados y de todos los niveles de la supervisión espera.

Nota: La información solicitada en esta forma es totalmente voluntario y será mantenida confidencial. Utilizaremos los datos que usted nos proporciona para el gobierno periódico que divulga propósitos solamente. También, esta forma será almacenada por separado del archivo del personal de cada empleado. La denegación para proporcionar esta información no le sujetará a ningún tratamiento adverso. Sin embargo, su cooperación en esta materia sería apreciada grandemente.

Nombre: _____ Soc. Sec. No.: _____

Sexo: Varón Hembra Fecha de nacimiento: _____

Race: Indio de Alaska o Americano Hispanico o Latino
 Asiático Blanco
 América Negra o Africana Dos o Más razas
 Isleño Hawaiano o pacífico

Como contratista del gobierno, estamos conforme a las secciones 503 y 504 del acto de la rehabilitación de 1973 y de la sección 402 del acto de la ayuda del reajuste de los veteranos de la era de Vietnam de 1974. Estos actos requieren a contratistas del gobierno tomar la acción afirmativa para emplear y para avanzar en veteranos lisiados especiales del empleo, veteranos de la era de Vietnam y otros veteranos protegidos. Si usted resuelve una o más de las descripciones antedichas, quisiéramos incluirle bajo programa de acción afirmativa.

Compruebe si los siguientes uces de los son aplicables:

El Otro Veterano Protegido Veterano Lisiado Especial
 Veterano de la Era de Vietnam Veterano Recientemente Separado

Identifique por favor donde usted aprendió sobre una posibilidad de empleo con esta organización:

Anuncio De Periodic *Nombre de Papel:* _____
 Remisión Del Empleado *Nombre Del Empleado:* _____
 Que Conduce Más Allá Del Edificio
 Otro *Por Favor Describir:* _____