

SIGNATURE CONTRACTING SERVICES

Esta empresa, de acuerdo con las leyes federales, locales y del estado, no discrimina en bases de raza, color, religión, país de origen, sexo, orientación sexual, SIDA, o cualquiera otra condición relacionada, edad, incapacidad, o cualquiera otra condición que esté protegida legalmente. Nota: Los solicitantes pueden pedir acomodación necesaria para participar en el proceso de esta solicitud.

Esta solicitud ha sido diseñada para el uso de personas que están solicitando varias clases de posiciones. Algunas preguntas tal vez no sean completamente relacionadas a su situación, pero le pedimos que conteste todas las preguntas relacionadas con el trabajo lo mejor que pueda.

NOMBRE _____ SEGURO SOCIAL _____
 (EN LETRA DE MOLDE) APELLIDO NOMBRE 2o NOMBRE

DIRECCION _____ TELEFONO _____
 CALLE CIUDAD ESTADO ZIP

POSICIÓN DESEADA _____ TIEMPO COMPLETO [] MEDIO-TIEMPO [] DIA DISPONIBLE PARA TRABAJAR _____

Ha trabajado para nosotros anteriormente? **SI** [] **NO** [] Cuándo? _____ Está usted empleado ahora mismo? **SI** [] **NO** []

Es usted mayor de 18 años? **SI** [] **NO** [] Mayor de 21? **SI** [] **NO** [] Puede usted trabajar horas extras? **SI** [] **NO** []

Puede usted viajar? **SI** [] **NO** [] Si puede, que porcentaje del tiempo? _____

Si se le ofrece empleo, puede usted enseñar su tarjeta del Seguro Social, certificado de nacimiento, certificado de ciudadanía americana o verificación de su derecho legal de trabajar en los Estados Unidos? **SI** [] **NO** []

Si se le ofrece empleo, puede usted enseñar identificación personal como pasaporte americano, licencia de manejar o alguna forma de identificación con foto originada por el Estado? **SI** [] **NO** []

Por favor revise la descripción del trabajo que está solicitando. Puede usted, con o sin acomodaciones, realizar las funciones del trabajo que está solicitando? **SI** [] **NO** [] (El responder "No", no lo descalificará automáticamente para ser considerado por el empleo). Si necesita acomodaciones, lo invitamos, pero no está obligado, a que nos ayude a cumplir con los requisitos dictados bajo el acta de americanos con incapacidades describiendo lo que usted crea podamos hacer para acomodarlo _____

Ha tenido alguna vez una convicción criminal? **SI** [] **NO** [] El responder "Si" no lo descalificará automáticamente para ser considerado por el empleo. Si responde "Si" por favor explique _____

DATOS ADICIONALES

Podemos contactar a su empleo actual? **SI** [] **NO** [] Empleos anteriores? **SI** [] **NO** []
 Por favor indique cualquier excepción y razones por las cuales no nos permite contactar _____

Para permitirnos chequear su récord de trabajo y educación, se le ha conocido por algun otro nombre? **SI** [] **NO** []
 (El responder "Si", no lo descalificará automáticamente para ser considerado por el empleo). Si la respuesta es "Si", por favor explique _____

Ha sido alguna vez despedido o forzado a renunciar de un trabajo? **SI** [] **NO** [] (El responder "Si", no lo descalificará automáticamente para ser considerado por el empleo). Si la respuesta es "Si", por favor explique _____

DATOS DE EDUCACION

Tipo de Escuela	Nombre de la Escuela, Ciudad y Estado	No. de Años completados	Tipo de Diploma o Grado	Curso Mayor de los Estudios
Bachillerato				
Universidad				
Vocacional, Negocios, Noche ó Correspondencia				
Otra Educación				

A QUIÉN PODEMOS CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA?

NOMBRE _____ TELÉFONO _____

HISTORIA DE TRABAJO

EN LOS ESPACIOS SIGUIENTES, ESCRIBA UN RÉCORD COMPLETO DE SUS EMPLEOS, INCLUYENDO PERÍODOS CUANDO NO ESTABA EMPLEADO. EMPIEZE CON EL EMPLEO MÁS RECIENTE HASTA EL ÚLTIMO. SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ADJUNTE OTRA HOJA.

1. Compañía	Empleado desde	Mes/año	Posición al empezar
Dirección	Hasta	Mes/año	Última Posición
Ciudad/Estado	Teléfono		Otras Posiciones que tuvo
Salario al empezar	Salario final		Supervisor Inmediato
Describa su trabajo			
Razón por la que dejó este trabajo			

2. Compañía	Empleado desde	Mes/año	Posición al empezar
Dirección	Hasta	Mes/año	Última Posición
Ciudad/Estado	Teléfono		Otras Posiciones que tuvo
Salario al empezar	Salario final		Supervisor Inmediato
Describa su trabajo			
Razón por la que dejó este trabajo			

3. Compañía	Empleado desde	Mes/año	Posición al empezar
Dirección	Hasta	Mes/año	Última Posición
Ciudad/Estado	Teléfono		Otras Posiciones que tuvo
Salario al empezar	Salario final		Supervisor Inmediato
Describa su trabajo			
Razón por la que dejó este trabajo			

4. Compañía	Empleado desde	Mes/año	Posición al empezar
Dirección	Hasta	Mes/año	Última Posición
Ciudad/Estado	Teléfono		Otras Posiciones que tuvo
Salario al empezar	Salario final		Supervisor Inmediato
Describa su trabajo			
Razón por la que dejó este trabajo			

OTRAS HABILIDADES ESPECIALES

Describa cualquiera otra habilidad o calificaciones relacionadas al trabajo que está solicitando (como experiencia militar, computadoras, asociaciones profesionales, etc.), que nos serviría para evaluar la posición que está solicitando. Si usted tiene una Licencia de manejar clase A o B, por favor indicar en esta área. Algunas posiciones requieren una licencia válida clase A o B.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

LEA ESTE CONSENTIMIENTO COMPLETAMENTE Y CON MUCHO CUIDADO ANTES DE FIRMAR

Por medio de esta afirmo que la información que he proveído en esta solicitud (y el resumen, si se incluye) es verdadero y completo que usted sepa. Tambien entiendo que cualquiera información falsa u omisión significante puede descalificarme para ser considerado por empleo, y si se descubre despues que empieze el empleo, puede resultar en despido. Tambien afirmo que estoy llenando esta solicitud porque estoy sinceramente interesado en ser empleado por Signature Contracting Services, y no con otro propósito.

Tambien entiendo que si el empleo es ofrecido y aceptado, este empleo no es por un término especificado y que puede terminarse en cualquier momento, con o sin causa y con o sin aviso, ya sea por Signature Contracting Services o mi persona. Entiendo aun mas que esta solicitud no es y no intende ser, un contrato continuo de empleo, y que mi condición de empleo-a-consentimiento no puede ser cambiado con la excepción de un documento firmado por el Presidente de la compañía. Entiendo que ningun supervisor, gerente y otro empleado representando la compañía, solo el Presidente de la compañía, tiene la autoridad de cambiar la naturaleza del empleo-a-consentimiento de cualquier empleado y que cualquiera promesa de empleo verbal por un período de tiempo determinado o que sea contrario al empleo-a-consentimiento no tiene validación de la compañía.

Considerando que estoy siendo considerado por empleo con las excepciones mostradas en la portada de esta solicitud, autorizo una investigación completa de mis trabajos anteriores y actividades, estoy de acuerdo a cooperar en las investigaciones, y librar de responsabilidad a las personas y negocios que pidan o provean esa información.

Yo entiendo que si me ofrecen el empleo, se me pedirá que me someta a una prueba de drogas como condición de empleo. Tambien entiendo que si no paso la prueba de drogas, o si rehuso tomar la prueba, resultará en no ser considerado para el empleo. Resultados de drogas que detecten cualquier cantidad de drogas ilegales pueden resultar en rechazamiento.

Yo entiendo y estoy de acuerdo de que si me emplean, se me requerirá a leer y obedecer todas las reglas y regulaciones de la compañía acerca de la conducta de sus empleados. En esta yo reconozco y acepto obedecer la regla que dice que el uso o posesión de drogas ilegales, bebidas alcohólicas, armas de fuego o armas de cualquier clase en cualquier oficina, en las obras, lugar de trabajo o cualquier lugar de la compañía es prohibido y que entiendo y estoy de acuerdo tambien que no haré ningun trabajo para la compañía o entidades relacionadas con la compañía mientras me encuentre bajo la influencia de alcohol o cualquier droga debilitante, legal o ilegal.

Yo entiendo que durante mi empleo yo pueda tener que someterme a una prueba para analizar mi aliento con el propósito de determinar si hay alguna cantidad de alcohol en su cuerpo. Tambien entiendo que las pruebas de alcohol/sangre pueden hacerse al azar mientras sea empleado y rehusar a someterse a estas pruebas puede resultar en ser despedido de su trabajo inmediatamente.

Yo entiendo que si me ofrecen el trabajo, se me requerirá, como condición de empleo, que tenga un exámen fisico con el propósito de determinar si estoy capacitado para ejercer las funciones esenciales del trabajo que estoy solicitando. Por medio de esta autorizo cualquier doctor o clínica/hospital para que provean cualquier información que sea necesaria para determinar mi habilidad para ejercer las funciones esenciales de dicho trabajo. Yo entiendo que si me niego a someterme al exámen fisico resultará en que no se me considere por el empleo.

Si se me ofrece una posición que requiere manejar en el trabajo, yo entiendo que debe ser posible el poder ser cubierto bajo el seguro para vehiculos de la compañía, o si no tener una historia limpia de manejar (incluyendo el poseer una licencia válida para manejar); reportar inmediatamente cualquier accidente o violación de tráfico a la compañía; satisfacer las regulaciones del Departamento de Transportación y del Estado, si aplican, son condiciones de mi empleo o para continuar el empleo. Si me emplean, yo entiendo que si no puedo satisfacer todos los requisitos mencionados arriba, puedo perder mi empleo. Tambien entiendo que si no lleno estos requisitos debido a violaciones de tráfico, sin importar de quien es la culpa, que ocurran en el trabajo o fuera del trabajo, antes o durante la duración de mi empleo.

Yo certifico que soy elegible para trabajar en los Estados Unidos y que los documentos que he mostrado, o mostraré, para verificar mi elegibilidad son verdaderos y correctos. Tambien entiendo y acepto que si me ofrecen empleo tendré tres (3) dias para mostrar los documentos apropiados. El no presentar dichos documentos a los tres (3) dias, resultará en que no será considerado por el empleo.

Firma del Solicitante

Fecha

DEPARTAMENTO _____
CÓDIGO DE CLASE _____
CÓDIGO SI _____

SALARIO _____
FECHA EN QUE EMPLEO EMPIEZA _____
NÚMERO DE EMPLEADO ASIGNADO _____

OFERTA CONDICIONAL DE EMPLEO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____

Basado en su solicitud de empleo y entrevista preliminar, por medio de ésta le estamos ofreciendo empleo con nuestra organización para la posición de _____ con un salario de _____. Esta oferta es condicional dependiendo en que usted complete y pase satisfactoriamente un exámen médico y prueba de drogas. El exámen médico será basado en las funciones esenciales del trabajo que usted está solicitando.

Información falsa o intencionalmente engañosa durante este proceso concerniente a su solicitud y/o a su entrevista, o el no tener un record de seguridad y accidente satisfactorio para nosotros, no relacionado con incapacidades, serán razones para declinar esta oferta o terminar su empleo.

Es el empleado un chofer DOT trabajando bajo la Administración Federal de Carreteras? (FHWA) _____ Si _____ No

Es el empleado un trabajador de cañerías de gas bajo el Programa Administrativo de Investigación? (RSPA) _____ Si _____ No

Se necesita que el empleado maneje para la compañía? _____ Si _____ No

Si va a manejar, estará el empleado en el plan de vehículos? _____ Si _____ No

TIPO DE REEMBOLSO POR EL USO DE VEHICULO

A: PRECIO FIJO "OBRAS"
CANTIDAD _____

B: SUPERINTENDENTE
PLAN a: FIJO

C: G. DE PROYECTOS
PLAN a: FIJO

D: EJECUTIVOS
PLAN a: FIJO

b: POR MILLAS

b: POR MILLAS

b: POR MILLAS

Firmado: _____ Fecha: _____
(Solicitante)

Firmado: _____ Fecha: _____
(Representante Autorizado de la Compañía)

DEPARTAMENTO _____
CÓDIGO DE CLASE _____
CÓDIGO SI _____

SALARIO _____
FECHA EN QUE EMPLEO EMPIEZA _____
NÚMERO DE EMPLEADO ASIGNADO _____

OFERTA CONDICIONAL DE EMPLEO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____

Basado en su solicitud de empleo y entrevista preliminar, por medio de ésta le estamos ofreciendo empleo con nuestra organización para la posición de _____ con un salario de _____. Esta oferta es condicional dependiendo en que usted complete y pase satisfactoriamente un exámen médico y prueba de drogas. El exámen médico será basado en las funciones esenciales del trabajo que usted está solicitando.

Información falsa o intencionalmente engañosa durante este proceso concerniente a su solicitud y/o a su entrevista, o el no tener un record de seguridad y accidente satisfactorio para nosotros, no relacionado con incapacidades, serán razones para declinar esta oferta o terminar su empleo.

Es el empleado un chofer DOT trabajando bajo la Administración Federal de Carreteras? (FHWA) _____ Si _____ No

Es el empleado un trabajador de cañerías de gas bajo el Programa Administrativo de Investigación? (RSPA) _____ Si _____ No

Se necesita que el empleado maneje para la compañía? _____ Si _____ No

Si va a manejar, estará el empleado en el plan de vehículos? _____ Si _____ No

TIPO DE REEMBOLSO POR EL USO DE VEHICULO

A: PRECIO FIJO "OBRAS"
CANTIDAD _____

B: SUPERINTENDENTE
PLAN a: FIJO

b: POR MILLAS

C: G. DE PROYECTOS
PLAN a: FIJO

b: POR MILLAS

D: EJECUTIVOS
PLAN a: FIJO

b: POR MILLAS

Firmado: _____ Fecha: _____
(Solicitante)

Firmado: _____ Fecha: _____
(Representante Autorizado de la Compañía)