



# Aplicación de Empleo

Esta Aplicación se mantendrá por 3 meses del día completada.

An Equal Opportunity Employer

## Las Instrucciones

Si necesita ayuda para llenar este aplicación o por cualquier parte del proceso de empleo, por favor notifique a la persona que le entregó este aplicación o Recursos Humanos se hará todo lo posible para satisfacer su necesidad en una tiempo razonable.

1. Leer todas los preguntas de la aplicación.
2. Leer todas las preguntas o aplicación no sera aprobada.
3. Escriba claramente

## Informacion Personal

Apellido	Nombre	Apellido de Soltera	Numero de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Es usted mayor de 18 años <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esta autorizado para trabajar legalmente en los USA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fue referido por un empleado? Cual es el nombre del empleado?	
Es dueño de cualquier tipo de aves? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debido a la gripe de pajaros, los empleados de Prime Foods o se les permiten poseer or visite cualquier tipo de aves. Por ejemplo: Pajaros, pollos o papagayos.			

## INFORMACIÓN CRIMINAL

Alguna vez ha sido condenado por un delito. (No tráfico)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convictos de un delito no lo descalifica para el empleo.	
Tipo de condena	Fecha de condena
Explicación	
1	
2	
3	

## INFORMACION DE EDUCACIÓN

Ponga un círculo alrededor del más alto grado terminado.	9 10 11 12	13 14 15 16	16+
	(Escuela secundaria)	(Universidad)	(Escuela de posgrado)
Nombre de Escuela	Ciudad/Estado/País		Grado Completado
Escuela Secundaria			
Universidad			
Otro o clases de vocaciones			

## DISPONIBILIDAD

1. Algunas vez ha trabajado para Prime Foods?			
Sí?	Fecha que empezo	Fecha de salida	Motivo su salida
			Supervisor
2. Qué días y horas de la semana usted está disponible para trabajar? <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> D			
3. Qué día tiene disponible para empezar a trabajar? <input type="checkbox"/> Turno de Noche <input type="checkbox"/> Turno de Día			
4. Por favor enumerar las posiciones disponibles por orden de su preferencia.			
1	2	3	

**HISTORIA DE EMPLEO**

Su aplicacion no puede ser aprobada si todas las preguntas no son respondidas, por favor recuento de los ultimos cinco anos. Si hay un momento en el que no estaba trabajando, por favor utilice seccion para explicar.

<b>Patrón Actual</b>	Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Podemos llamar a este empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Nombre de la compañía			Ciudad		Estado		Numero de teléfono	
	Fecha Que Empezo		Fecha de salida		El nombre del supervisor			Tarifa de pago	
								<input type="checkbox"/> Cada hora <input type="checkbox"/> Anualmente	
	Posición				Responsabilidades				
Motivo de salida									
<b>Empleador Anterior</b>	Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Podemos llamar a este empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Nombre de compañía			Ciudad		Estado		Numero de teléfono	
	Fecha Que Empezo		Fecha de salida		El nombre de supervisor			Tarifa de pago	
								<input type="checkbox"/> Cada hora <input type="checkbox"/> Anualmente	
	Posición				Responsabilidades				
Motivo de salida									
<b>Empleador Anterior</b>	Está trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Podemos llamar a este empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Nombre de compañía			Ciudad		Estado		Numero de teléfono	
	Fecha que empezo		Fecha de salida		El nombre de supervisor			Tarifa de pago	
								<input type="checkbox"/> Cada hora <input type="checkbox"/> Anualmente	
	Posición				Responsabilidades				
Motivo de salida									

**LAS REFERENCIAS**

Incluir sólo a personas de su trabajo, no de la familia.

	NOMBRE	CIUDAD/ESTADO	NUMERO DE TELÉFONO	CÓMO LO CONOCE	CUANTOS AÑOS
1					
2					
3					

**CERTIFICACION:**

Confirмо que mis respuestas a las preguntas en la aplicación y las declaraciones que yo hecho son completa y verdaderas. Entiendo que cualquier información falsa, omisiones, o distorsiones de los hechos relaciondos con la información en la aplicación puede resultar en el rechazo de la aplicación o terminación en cualquier momento de mi empleo. Estoy de acuerdo en que, como estados de política de la compañía, voy a tomar las pruebas de drogas antes y durante el empleo. Entiendo que si soy contratado, mi empleo será "a voluntad", y que yo o Prime Foods podemos escoger finalizar el empleo por cualquier motivo y sin previo aviso.

**AUTORIZACIÓN**

Entiendo que los antecedentes, pruebas de drogas y pruebas de médicas que puede ocurrir como parte del proceso para determinar mi aptitud para empleo y de acuerdo a las pruebas. Autorizo a todas las personas, escuelas, compañías y personas médicas, actual y anteriores empleadores y personas de la ley a dar cualquier información acerca de mi antecedentes o resultados de la pruebas y no sostenerlos responsable de los daños.

NOMBRE

FIRMA

FECHA

# CUESTIONARIO DE ACCIÓN AFIRMATIVA

Este empleador esta sujeto a ciertos registros de no discriminacion y accion afirmativa guardando y reportando los requisitos de informacion que requeried al empleador que invite a los empleados que voluntariamente. Se identifiquen con su raza y su origen etico. La información que les preguntamos será confidencial y sólo podrán ser utilizados de acuerdo a las leyes federales, decretos, y reglamentos, incluidas las que requieren la información que se resume y reporta al Gobierno Federal a efectos de aplicación de los derechos civiles. Si no decea responder, en este momento, el gobierno federal requiere a este empleador para determinar esta información mediante inspección visual y/o cualquier otra información disponible. SOlo con fines de derechos civiles supervision y aplicacion , toda la infomacion de la raza/origen eticos seran collectadas y reportadas en las siete categorias de abajo. Las definiciones de cada categoria han sido estabecidas por el gobierno federal. Si decide responder voluntariamente, solo puede marcar una de las casillas de abajo.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (apellido) (Primer Nombre) (Otro)

Posición \_\_\_\_\_

Cuál es su género?

- Masculino  
 Femenino

Tiene una discapacidad mental o física ?

- Sí  
 No

Cuál es su raza / origen étnico?

- Blanco  
 Americano negro o africano  
 Hispanico o Latino:  
 Asian:  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 American Indian or Alaskan Native  
 Dos o mas razos

Es usted Veterano o Militar?

- Non-Veteran  
 Pre-Vietnam Veteran  
 Pre-Vietnam Veteran with service incurred disability  
 Vietnam Veteran (8/5/64-5/7/75)  
 Vietnam Era Veteran with service incurred disability  
 Post Vietnam Veteran  
 Post Vietnam Veteran with service connected disability

LA INFORMACION DE ESTA PAGINA NO SE MANTENDRA EN SU FOLDER PERSONAL