

**Solo Para Uso de Oficina**

Nombre de Supervisor/ PM: \_\_\_\_\_  
 Numero de Sitio/Local: \_\_\_\_\_  
 Titulo del Empleado: \_\_\_\_\_ Unión: Si No  
 Nuevo Empleado: \_\_\_ Regreso: \_\_\_ PT: \_\_\_ FT: \_\_\_  
 Turno/Horas de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Elegible para beneficios? Si No  
 Pago \$: \_\_\_\_\_ Fecha de empleo: \_\_\_\_\_

# APLICACIÓN DE TRABAJO

(FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA CLARA)

Aplicando por la posición de \_\_\_\_\_ Sueldo esperado \$ \_\_\_\_\_ por semana  
 Quiere trabajar tiempo completo? \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_ Temporaria mente \_\_\_\_\_  
 Indique los días y las horas si es tiempo parcial \_\_\_\_\_  
 Fue empleado previamente por nosotros \_\_\_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_  
 Si se considera para el trabajo en que fecha puede empezar? \_\_\_\_\_

**INFORMACION PERSONAL**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Medio  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Numero Ciudad Estado Código Postal

¿Puede usted presentar un certificado de nacimiento o otra prueba de edad si es requerido? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene una condición que va limitar su habilidad de completar el trabajo en cual usted esta aplicando? \_\_\_\_\_  
 ¿Cual es su condición y que podemos hacer para acomodar sus limitaciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted el derecho legal para trabajar en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ Se requiere prueba antes de empezar.

**Explique todo su registro de empleo**

Nombre y dirección de la compañía tipo de negocio	De	A	Describa el trabajo que hacia	Pago de cada semana	Pago ultimo	Razón de salir	Nombre del Supervisor
	Mes/ Año	Mes/ Año					
Telefono: _____							
Nombre y dirección de la compañía tipo de negocio	De	A	Describa el trabajo que hacia	Pago de cada semana	Pago ultimo	Razón de salir	Nombre del Supervisor
	Mes/ Año	Mes/ Año					
Telefono: _____							
Nombre y dirección de la compañía tipo de negocio	De	A	Describa el trabajo que hacia	Pago de cada semana	Pago ultimo	Razón de salir	Nombre del Supervisor
	Mes/ Año	Mes/ Año					
Telefono: _____							

¿Se puede contactar los patrones mencionados? \_\_\_\_\_ Si no, por favor de indicar a quien no se puede comunicar \_\_\_\_\_

## EDUCACION

**Circule el último ano completado:**

Escuela Primaria	5	6	7	8
Escuela Secundaria	1	2	3	4
Universidad	1	2	3	4

Anote cualquier otra instrucción o educación:

---

---

---

## REGISTRO DE SERVICIO MILITAR

Estuvo usted en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Si \_\_\_ No \_\_\_ En que sección: \_\_\_\_\_

Fecha de servicio De \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Grado cuando fue descargado \_\_\_\_\_

## PROVEA 3 REFERENCIAS DE PERSONAS QUE LO CONOCEN

Nombre	Dirección	Teléfono	Anos Conocidos
Nombre	Dirección	Teléfono	Anos Conocidos
Nombre	Dirección	Teléfono	Anos Conocidos

**Alguna vez ha sido Ud. convicto, multado, encarcelado o puesto en libertad o sentencia condicional, ha perdido una fianza con respecto a cualquier ofensa ( Con excepción de las multas de trafico por Fallas de equipo, Estacionamiento, Señales de trafico o de mano, o por conducir a alta velocidad) Como un menor o como adulto, en cualquier tribunal legal civil o militar ( incluya convicciones rechazadas bajo el codigo penal 1203.4 o cualquier violacion de trafico que haya resultado en una orden de arresto) ? Responda \_\_ Si \_\_\_ o \_\_ No \_\_\_**

**Si responde que Si, Provea una explicacion completa \_\_\_\_\_**

Certifico que la información proveida en esta aplicación es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Consiento en que cualquiera de estas declaraciones sean comprobadas por Servicon, a menos que yo haya indicado lo contrario. Autorizo a las referencias dadas en la lista anterior para proveer a Servicon con cualquier información relacionada a mi empleo anterior. Además, libero alguno y todos los partidos de cualquier responsabilidad y de cualquier daño que pueda resultar de la información proveida a Servicon o el uso de esta información por Servicon.

Entiendo que cualquier omisión o falsificación material de la información causara ser negado el trabajo, y si empleado, podría causar mi despido. Consiento en adherirme a las reglas y las normas y estoy de acuerdo mi empleo y compensación puede ser terminado a voluntad, con o sin causa, y con o sin aviso, en cualquier momento, a mi opción o a la opción de Servicon. Entiendo que ningún empleado o representante de Servicon, con exepcion del Jefe Ejecutivo tiene la autoridad de firmar el acuerdo de empleo por cualquier periodo de tiempo o hacer cualquier acuerdo al contrario del anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso de un emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### **Igualdad en Oportunidad de Empleo**

Esta compania esta comprometido a la polica de igualdad en oportunidad de empleo para aplicantes y empleados.  
Decisiones del empleo aplican con todas las leyes que prohíbe la discriminación en empleo.