



SOLICITUD DE EMPLEO

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre (Apellido, Primer Y Segundo Nombre)	Número de teléfono	Circule Uno: CASA CELULAR OTRO
Dirección Actual		
Dirección Permanente		
	Recomendado por: (si aplica)	
	Fecha de Nacimiento	
¿Cualquier multa o accidentes en los últimos 5 años? Si es así, Explique	¿Ha cometido un delito menor? Si es así, Explique	
	¿Ha cometido un delito grave? Si es así, Explique	

POSICIÓN DESEADA

Título de la Posición	Salario/Sueldo Deseado	Fecha en que usted puede comenzar
¿Está trabajando actualmente?	Si es así, ¿podemos contactar a su empleador actual?	

PREPARACIÓN ACADÉMICA

	<u>Nombre y ubicación de la escuela</u>	<u>Fecha de asistencia</u>	<u>¿Graduado? (Si corresponde)</u>	<u>Ramos de estudio (Si corresponde)</u>
ESCUELA SECUNDARIA				
UNIVERSIDAD				
NEGOCIOS, EL COMERCIO, VO-TECH, ETC.				

INTERESES ESPECIALES

¿Militares de los EEUU o Servicio Naval?
¿Habilidades especiales y/o entrenamiento?
¿Estudios especiales o pasatiempos?

HISTORIA DE EMPLEO

Fecha (Mes y Año)	<u>Nombre y Dirección del Empleador</u>	<u>Último Salario/Sueldo</u>	<u>Puesto</u>	<u>Razón de Salida</u>
Desde:				
Hasta:				
Desde:				
Hasta:				
Desde:				
Hasta:				



SOLICITUD DE EMPLEO

Empleador de Igualdad de Oportunidades

REFERENCIAS Tres personas no relacionadas con usted, a quien has conocido al menos 1 año.

Nombre	Dirección y Numero de Teléfono	Tipo de referencia (Personal, Trabajo, etc.?)	Años Conocido

Autorización

“Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que una o más declaraciones falsificadas dentro de esta aplicación es motivo de despido”.

“Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en el presente documento y, las referencias y los empleadores que figuran dentro para darle toda la información relacionada con mi empleo anterior y libero a la compañía de toda responsabilidad por cualquier daño que pueda resultar en el uso de dicha información”.

“Yo autorizo a un representante de Premier Lawn & Pest, Inc., o un agente de la misma, para tener acceso a la información hasta e incluyendo los registros de vehículos de motor y penales para efectos del seguro”.

“También entiendo y estoy de acuerdo en que ningún representante de la compañía tiene autoridad para entrar en cualquier acuerdo de empleo por un período determinado o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito y firmado por un representante autorizado de la empresa”.

“Esta denegación no permite la divulgación ni el uso de información médica o relacionada con discapacidades, tal como lo establece la ADA (Acta de Americanos con Discapacidades) y otras leyes federales y estatales pertinentes”.

Fecha: _____

Firma: _____

POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Interviewed by: _____ Date: _____

Interviewer’s Comments:

Abilities:			
Criminal Background Check:			
Driving Background Check:			
Insurable?	YES	NO	
Pre-Employment Exam Score:			
Hire Date:	Starting Wage:		Rep. Initials: _____



Yo, _____, por este medio doy permiso para Floralawn Inc. y la agencia de seguros Mulling, Inc., para coleccionar mi informe de Transportación de Vehículos de Motor para el seguro. Autorizo la agencia de seguros Mulling, Inc. darle la información de Vehículos de Motor a Floralawn Inc. para fines de selección de empleo.

Imprima su nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado: _____

Estado Civil: _____

Firma como aparece en la licencia

Fecha

CUESTIONARIO MÉDICO VOLUNTARIO

Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____

INSTRUCCIONES: Responda Sí o NO a las siguientes preguntas. Si su respuesta es Sí, liste la fecha aproximada de la lesión o el tratamiento y provea los detalles (médico, hospital, ciudad, estado, etc.)

¿USTED TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?:	DETALLES:
1. ¿Alguna vez ha presentado un reclamo por compensación en algún trabajo? _____	_____
2. ¿Una lesión en la espalda? _____	_____
3. ¿Una hernia discal en la espalda? _____	_____
4. ¿Cirugía de la espalda para la extracción de un disco? _____	_____
5. ¿Una lesión en el cuello? _____	_____
6. ¿Un disco herniado en el cuello? _____	_____
7. ¿Cirugía del cuello para la extracción de un disco? _____	_____
8. ¿Una lesión en la rodilla? _____ ¿En cuál rodilla? _____	_____
9. ¿Cirugía en cualquiera de las rodillas? _____ ¿En cuál rodilla? _____	_____
10. ¿Una lesión en el hombro? _____ ¿En cuál hombro? _____	_____
11. ¿Cirugía en cualquiera de los hombros? _____ ¿En cuál hombro? _____	_____
12. ¿Una lesión en el codo? _____ ¿En cuál codo? _____	_____
13. ¿Cirugía en cualquiera de los codos? _____ ¿En cuál codo? _____	_____

¿USTED TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?:	DETALLES:
--	------------------

14. ¿Artritis o reumatismo? _____
15. ¿Amputación de los pies, piernas, brazos, manos, dedos de la mano o del pie? _____
16. ¿Epilepsia? _____
17. ¿Diabetes? _____
18. ¿Enfermedad Cardíaca (corazón)? _____
19. ¿Pérdida total o parcial de visión de uno o ambos ojos o corregida más del 75% Bilateralmente? _____
20. ¿Discapacidad residual por la poliomielitis? _____
21. ¿Parálisis Cerebral? _____
22. ¿Esclerosis Múltiple? _____
23. ¿Enfermedad de Parkinson? _____
24. ¿Trastorno Vascular? _____
25. ¿Discapacidad psiconeurótica después del tratamiento reconocida por una institución médica o mental por un período de más de 6 meses? _____
26. ¿Hemofilia? _____
27. ¿Osteomielitis crónica? _____
28. ¿Anquilosis de un conjunto de gran soporte de peso? _____
29. ¿Hiperinsulinismo? _____
30. ¿Distrofia Muscular? _____

¿USTED TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?:

DETALLES:

31. ¿Tromboflebitis? _____
32. ¿Sordera Total? _____
33. ¿Alguna vez ha sido clasificado como retrasado mental? _____
34. ¿Cualquier condición física permanente que constituye un 20% de discapacidad o un miembro del cuerpo como un todo? _____
35. ¿Fiebre reumática? _____
36. ¿Presión Sanguínea Alta? _____
37. ¿Venas varicosas o úlceras en las piernas? _____
38. ¿Tuberculosis? _____
39. ¿Alergias o asma? _____
40. ¿Problemas de la piel? _____
41. ¿Reacción al suero o drogas? _____
42. ¿Problemas del riñón o la vejiga? _____
43. ¿Úlceras? _____
44. ¿Lesión en la cabeza? _____
45. ¿Cáncer? _____
46. ¿Ha tenido alguna lesión, operación o cualquier discapacidad no cubiertos en las preguntas previas? _____

Todas las declaraciones y la información dada en el cuestionario son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Nombre del solicitante: (Impreso) _____

Nombre del solicitante: (Firmado) _____

Fecha: _____