

Adicional

--	--	--	--

COMPETENCIAS & HABILIDADES

Otras habilidades, como destrezas especiales, capacidades o honores que deben ser considerados:

Tipos de computadoras, software y otros equipos que Ud. esta calificado para operar o reparar:

Licencias profesionales, certificaciones o títulos:

Habilidades adicionales, incluyendo habilidades de supervisión, otros idiomas o información sobre la carrera/ocupación que quiere traer a la atención del empleador:

PREGUNTAS ADICIONALES

¿Tiene parientes trabajando aquí? SÍ NO ¿Ha trabajado para esta empresa antes? SÍ NO
¿Tiene 18 años o más? SÍ NO ¿Está autorizado a trabajar en los EEUU? SÍ NO
¿Es capaz de viajar? SÍ NO
¿Usted es veterano? SÍ NO Servicio/Formación especializada: _____

REFERENCIAS

Enumere tres referencias personales, que no son parientes o supervisores enumerados en la sección, Historial del Empleo.

Nombre	Dirección	Teléfono	Empleo	Años Conocidos
Nombre	Dirección	Teléfono	Empleo	Años Conocidos
Nombre	Dirección	Teléfono	Empleo	Años Conocidos

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Tipo de Licencia de Conducir que tiene: (CDL) A___ (CDL) B___ C___	Proporcionado por cual estado	Fecha Expiración	Numero de Licencia
¿Hay algunas restricciones en su licencia? Sí___ No___ Si sí, explica: _____			
¿Tiene alguna infracción de trafico o accidentes en los últimos tres años? Sí___ No___ Si sí, explica a continuación.			
Mes/Años	Descripción de Infracciones (menos aparcamiento)	Mes/Año	Descripción de Accidentes

En consideración de mi empleo, acepto que cumplir a las reglas y políticas de Wells Concrete Products Company y sus sucesores. Entiendo que mi empleo y compensación pueden ser terminados sin causa a la sola discreción de la compañía o yo por cualquier razón que la compañía o yo puedan determinar. Entiendo que ningún empleado de la compañía tiene la autoridad para entrar en ningún contrato por un periodo de tiempo especifico o para hacer cualquier contrato contrario a la declaración de política anterior.

¿Cumplirá con las reglas de seguridad de esta compañía? Sí___ No___

Declaro todas las afirmaciones anteriores para ser completas y verdaderas y le autorizo para consultar mis empleadores previas.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____



FORMA DE DATOS DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EMPLEO

IMPORTANTE: A todos solicitantes – para que nos permita cumplir con los reglamentos de informes gubernamentales y mantener un plan de Affirmative Action, Wells Concrete Products le pide que complete esta forma de datos personales. La información se utiliza solo para el propósito de informes gubernamentales y será separado y mantenido separada de su solicitud. Información que usted elija que proveer no será considerada por Wells Concrete Products para propósitos de empleado, y será tratado como confidencial. Su cooperación voluntaria es apreciada.

Nombre:

Apellido Pila Segundo

Puesto:

Fecha: _____ Hombre: _____ Mujer: _____

Si algunas de estas definiciones se aplican a usted, por favor marque la casilla correspondiente(s).

Etnicidad

- Caucásico – (No de origen hispano) Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, North África, o el Oriente Medio
Afroamericano – (No de origen hispano) Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
Hispano – Todas las personas de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, centroamericano o sudamericano, o de otra cultura española de origen, independientemente de raza.
Asiático o Isleño del Pacífico – Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de lejano oriente, sudeste asiático, el subcontinente indio, o las islas del pacífico.
Nativo Americano o Nativo de Alaska - Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica, y que mantienen la identificación cultural por medio del tribunal afiliación o el reconocimiento comunitario.

Este empleador es un contratista del gobierno sujeto la ley, Vietnam Era Veterans’ Readjustment Assistance Act of 1974 (La ley de Asistencia para Veteranos de Reajuste de la Era de Vietnam de 1974) modificada por el Jobs for Veterans Act of 2002, 38 U.S.C. 4212 (VEVRAA) (el ley de Trabajos para Veteranos de 2002), que requiere los contratistas del gobierno de adoptar medidas afirmativas para emplear y avanzar en el empleo:

Veterano Discapacitado: Un Veterano del servicio militar, terrestre, naval, o aéreo de los EEUU que tiene derecho a compensación (o quien, sin la recepción de paga de jubilación de ejercito tendría derecho a compensación) en virtud de leyes administradas por el Secretary of Veterans Affairs (Secretario de Asuntos de Veteranos) O una persona que fue descargada o liberada de servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

Veterano Recientemente Separado: Cualquier Veterano en el periodo de tres años que comienza en la fecha de la descarga de dicho veterano o la liberación de servicio activo en el servicio militar, tierra, naval, o aéreos del ejército de los EEUU.

Servicio Activo en tiempo de guerra o Veterano de la insignia de campaña: un Veterano que sirvió en servicio activo en el servicio militar, tierra, naval, o aéreos del ejército de los EEUU durante una guerra, o en una campaña o una expedición para que una insignia de campaña ha sido autorizada en virtud de las leyes administradas por el Departamento de Defensa.

Veterano de la medalla del servicio de las fuerzas armadas: un Veterano que, mientras que servía en servicio activo en el servicio militar, tierra, naval, o aéreos del ejército de los EEUU, participó en una operación militar de los EEUU para la cual una medalla del servicio de las fuerzas armadas fue concedido, de acuerdo con la orden ejecutiva 12985.

Estado Veterano: Si usted cree que pertenece a cualquiera de las categorías de Veteranos protegidos mencionados anteriormente, indique y marque la casilla apropiada.

Como contratista del gobierno sujeto a VEVRAA, pedimos esta información para medir la efectividad o la extensión y el positivo esfuerzo de contratación nos comprometemos con arreglo a VEVRAA.

- ME IDENTIFICO COMO UNA O MÁS DE LAS CATEGORÍAS DE VETERANOS PROTEGIDOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE
- NO SOY UN VETERANO PROTEGIDO

Veteranos protegidos pueden tener derechos adicionales por USERRA – the Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act (Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados). En particular, si usted estuvo ausente del empleo para el servicio en los servicios uniformados, podía tener el derecho a reempleo por su empleador, en el mismo puesto que habría obtenido con certeza razonable si no fuera por la ausencia debida al servicio.

Para más información, llame al US Department of Labor's Veterans Employment and Training Service (VETS), gratuitamente, a 1-866-4-USA-DOL.

Auto identificación Voluntaria de la Discapacidad

Por que se me pide que complete esta forma:

A medida que hacemos negocios con el gobierno, es necesario que contactar, contratar, y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidades. Para ayudarnos a medir como bien estamos haciendo, le pedimos que nos diga si tiene discapacidad o si ha tenido una discapacidad. Completar esta forma es voluntario. Si usted esta solicitando un trabajo, cualquier respuesta que proporcione será mantenida privada y no será utilizada contra usted de ninguna manera.

Si ya trabaja para la compañía, su respuesta no será utilizada contra usted de ninguna manera. Debido a que una persona puede quedar incapacitada en cualquier momento, tenemos que pedir a todos empleados que actualizar la información. Puede voluntariamente identificarse como tener una discapacidad en esta forma sin temor del castigo porque no identificó que tener una discapacidad antes.

¿Como sé si tengo una discapacidad?

Se considera que tiene una discapacidad si tiene un impedimento físico o mental o una condición medica que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene un historial o registro de tal impedimento o condición medica.

Discapacidades incluyen, pero no son limitado con:

- | | | | |
|------------|--------------------|------------------------|--|
| • Ceguera | Autismo | Trastorno Bipolar | Trastorno por estrés postraumático |
| • Sordera | Parálisis Cerebral | Depresión Severa | Trastorno obsesivo-compulsivo |
| • Cáncer | VIH/SIDA | Esclerosis Múltiple | Impedimentos que requieren una silla de ruedas |
| • Diabetes | Esquizofrenia | Extremidades Faltantes | Discapacidad intelectual |
- Por favor, marque una de las siguientes casillas:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (O ANTERIORMENTE TENÍA UNA DISCAPACIDAD)
- NO, NO TENGO UNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO RESPONDER