



SOLICITUD DE EMPLEO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha _____

Dirección: _____ Apt# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

La fecha que puede empezar _____ posición _____ Salario deseado _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Disponibilidad: Tiempo completo Medio Tiempo Fines de semana

Horario: Primero Segundo Tercero Tiene transportación Si No

¿Tiene usted autorización legal para trabajar en este país? Si No Puede usted cumplir con los requisitos de horario requeridos? Si No

¿Ha solicitado empleo en esta agencia anteriormente? Si No Puede someterse a un examen de drogas si se requiere? Si No

¿Tiene usted un acuerdo con su empleador anterior, o cualquier otra entidad donde de cualquier manera se le prohíba trabajar para nuestra empresa? Si No

EDUCACION:

ESCUELA	DIRECCION	HASTA QUE ANO	DIPLOMA	ANO DE GRADUACION
ESCUELA SECUNDARIA			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
ESCUELA VOCACIONAL			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
UNIVERSIDAD			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Describe cualquier entrenamiento especial o habilidad extraescolar que haya recibido.

REFERENCIAS: Anote 2 referencias profesionales o personales (no familiares).

NOMBRE	DIRECCION Y TELEFONO	RELACION	ANOS DE CONOCERLO
1.			
2.			

¿Podemos contactar estas personas? Si No

¿Ha sido usted despedido u obligado a renunciar de algún trabajo? Si No

HISTORIAL DE EMPLEO: Provea por favor un historial preciso y completo, empezando con su trabajo actual, o el más reciente.

1. NOMBRE DE COMPANIA	TELEFONO ()
DIRECCION	FECHAS DE EMPLEO desde hasta
NOMBRE DE SUPERVISOR	RAZON QUE DEJO EL TRABAJO

POSICION Y DESCRIPCION DE TRABAJO:

2. NOMBRE DE COMPANIA	TELEFONO ()
DIRECCION	FECHAS DE EMPLEO desde hasta
NOMBRE DE SUPERVISOR	RAZON QUE DEJO EL TRABAJO

POSICION Y DESCRIPCION DE TRABAJO:

Use por favor este espacio para explicar brechas en empleo.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo	Número de teléfono	Parentesco o Vinculo
-----------------	--------------------	----------------------

ACUERDO DE ENVÍO DE CHEQUES POR CORREO

(Iniciales)

Por la presente, autorizo a SoCal Employment Inc. a enviar mi cheque por correo si así lo solicito. También autorizo a SoCal Employment, Inc. A realizar retiros con un cargo de \$35.00 dólares si se debe volver a emitir un cheque o suspender el pago debido a cheques perdidos o robados.

Además, acepto no responsabilizar a SoCal Employment, Inc. por ningún retraso o pérdida de cheques debido a información incorrecta o incompleta que yo proporcione.

También declaro que en caso de que sea necesario volver a emitir un cheque y enviarlo por correo a mi dirección, me aseguraré de verificar mi dirección llamando al (562) 271-7905 para evitar demoras.

Este acuerdo permanecerá vigente hasta que SoCal Employment, Inc. reciba un aviso de cancelación por escrito de parte mía al departamento de nomina.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo la divulgación de todos los registros médicos, hospitalarios, vocacionales y psicológicos y otra información relacionada con mi lesión, enfermedad o reclamo de compensación laboral o workers comp (en lo sucesivo denominados colectivamente como "Información médica") a SoCal Employment Inc., sus empleados, agentes y representantes autorizados. Por la presente, autorizo a SoCal Employment Inc. a revisar y obtener copias de toda la información médica y discutir la información médica pertinente con los profesionales involucrados en mi tratamiento de atención médica. Por la presente doy permiso a SoCal Empleo para divulgar la información médica a proveedores de atención médica, administradores externos, tribunales federales o estatales, juntas de compensación para trabajadores, empleadores, aseguradoras y cualquier otra parte que pueda estar involucrada en mi reclamo, tratamiento o rehabilitación vocacional, o como lo exige la ley. Además, de conformidad con el Título 42, Sección 1395y, las aseguradoras deben compartir la información médica de los reclamantes para permitir que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, anteriormente conocidos como Administración de Financiamiento de la Salud (CMS), determinen la elegibilidad para los beneficios. Por la presente doy permiso a SoCal Empleo para discutir, y divulgar cualquier información médica con CMS en relación con mi reclamo. Por la presente libero a SoCal Employment de cualquier responsabilidad o pérdida debido a la divulgación de cualquier información médica. Entiendo que toda la información divulgada se manejará de manera confidencial y de acuerdo con todas las leyes aplicables. También entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta el cierre del expediente de reclamación. Certifico que esta autorización se ha realizado voluntariamente y que la información proporcionada en este documento es precisa a mi leal saber y entender. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

(iniciales)

AUTO IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE EEO

ETNIA

(Marque uno)

- Elijo no identificarme actualmente.**
- Hispano/Latino** (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de la raza).
- No hispano/latino**
- Asiático** (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).
- Indio americano, nativo de Alaska** (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación o apego a la comunidad tribal.)
- Negro o afroamericano** (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África).
- Nativo de Hawái/ isleño del Pacífico** (una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico).
- Blanco** (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte).
- No hispano/latino:** dos o más razas (todas las personas que se identifican con más de una de las razas anteriores, excluyendo a aquellas que se identifican como Hispano o latino.)

GÉNERO Masculino Femenino Otro

ESTATUS MILITAR: Marque o circule uno a continuación. **Soy No soy militar**

Veterano de Vietnam (un veterano de la era de Vietnam significa una persona que: (i) prestó servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. durante un período de más de 180 días, y que fue dado de baja o relevado de allí sin una baja deshonrosa, si alguna parte de dicho servicio activo fue realizado: (A) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975; o (B) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975, en todos los demás casos.

Veterano discapacitado especial (un "veterano discapacitado especial" es una persona que tiene derecho a compensación según las leyes administradas por el Departamento de Veteranos Asuntos por una discapacidad clasificada en 30 por ciento o más; o, tasado en 10 o 20 por ciento, si se ha determinado que el individuo tiene un empleo serio discapacidad; o una persona que fue dada de baja o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio).

- Otro veterano de guerra** (Un "otro veterano protegido" significa cualquier otro veterano que prestó servicio activo en el servicio militar terrestre, naval o aéreo de los EE. guerra o en una campaña o expedición para la que se haya autorizado una insignia de campaña).
- Discapacitado** (un "veterano discapacitado" se refiere a un veterano que prestó servicio activo en el servicio militar terrestre, naval o aéreo de los EE. compensación (o que, de no ser por recibir el pago militar retirado, tendría derecho a una compensación por discapacidad) según las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos, o fue dado de baja o relevado del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio)
- Veterano recién dado de alta** (un veterano recién separado significa cualquier veterano que prestó servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. el período de un año que comienza en la fecha de baja o liberación del servicio activo de dicho veterano).

AVISO A LOS SOLICITANTES

El empleador cumple con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. Durante el proceso de la entrevista, es posible que se le hagan preguntas sobre su capacidad para realizar funciones relacionadas con el trabajo. Si recibe una oferta de empleo condicional, es posible que deba completar un cuestionario médico posterior a la oferta de trabajo y/o someterse a un examen médico. De ser necesario, todos los empleados nuevos en la misma categoría de trabajo estarán sujetos al mismo cuestionario médico y/o se someterán a un examen médico, y toda la información se mantendrá confidencial en archivos separados. El empleador es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Nos adherimos a una política de tomar decisiones de empleo sin distinción de raza, religión, color, sexo (incluido el embarazo y la identidad de género), orientación sexual, estado parental, estado civil, origen nacional, edad, discapacidad, historial médico familiar o información genética, afiliación política, servicio militar o cualquier otro factor no basado en el mérito. Le aseguramos que su oportunidad de empleo con el Empleador depende únicamente de sus calificaciones.

(iniciales)

EMPLEO A VOLUNTAD

El empleado abajo firmante, en consideración de mi contratación por parte de SoCal Employment como empleado a voluntad de SoCal Employment, reconoce y acepta lo siguiente: He sido contratado como empleado a voluntad de SoCal Employment, que es una agencia de empleo, y no existe ningún contrato de empleo entre el cliente al que me han asignado y yo, ni entre SoCal Employment y yo. Entiendo y acepto que tanto SoCal Employment como yo, podemos rescindir nuestra relación laboral en cualquier momento, ya que soy un empleado a voluntad. También acepto que se me puede asignar a una empresa afiliada de SoCal Employment Inc. y ser empleado por dicha empresa en cualquier momento a la sola y completa discreción de SoCal Employment y sin mi consentimiento o acuerdo. Entiendo que el cliente al que estoy asignado, está obligado a pagar mi tarifa de pago regular por hora si soy un empleado no exento y a pagarme mi salario completo si soy un empleado exento. He sido informado y acepto que si mi asignación con cualquier cliente de SoCal Employment Inc. al que estoy asignado finaliza por algún motivo, debo informar a SoCal Employment dentro de las veinticuatro (24) horas para una posible reasignación y que los beneficios de desempleo se me puede negar si no lo hago. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión laboral que yo pueda sufrir está cubierta por los estatutos estatales de compensación de trabajadores, y para evitar la elusión de dichos estatutos que podrían resultar de demandas contra los clientes o clientes de SoCal Employment o contra SoCal Employment basado en sobre la misma lesión o lesiones, y en la medida permitida por la ley, por la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pueda tener para presentar reclamos o entablar una demanda contra cualquier cliente o cliente de SoCal Employment o contra SoCal Employment por daños basados en lesiones que están cubiertos por dichos estatutos de compensación para trabajadores. En el caso de que un cliente de SoCal Employment mantenga políticas que brinden beneficios de licencia remunerada, como vacaciones, licencia por enfermedad, PTO o indemnización por despido, la empresa cliente es la única responsable de pagar los beneficios acumulados en virtud de dichas políticas durante el empleo y en el momento de la terminación. SoCal Employment no proporciona, y no tiene una política que proporcione, vacaciones u otros beneficios de licencia pagada. En la medida en que los beneficios de licencia pagada se paguen a través de la nómina de Empleo SoCal al Empleado, es únicamente como un servicio de nómina en nombre de la Empresa Cliente. De manera similar, en la medida en que la Empresa cliente proporcione otros beneficios de conformidad con las políticas en las que SoCal Employment no es parte, como opciones sobre acciones, bonificaciones, participación en las ganancias, beneficios de jubilación, etc., la Empresa cliente es la única responsable de proporcionar los beneficios prescritos por esas políticas.

(iniciales)

LICENCIA POR ENFERMEDAD PAGADA

A menos que esté exento, el empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos de licencia por enfermedad pagada según la ley estatal que establece que un empleado:

- A. Puede acumular licencia por enfermedad pagada y puede solicitar y usar hasta 3 días o 24 horas de licencia por enfermedad pagada acumulada por año.
- B. No puede ser despedido ni sufrir represalias por usar o solicitar el uso de la licencia por enfermedad pagada acumulada.
- C. ¿Tiene derecho a presentar una queja contra un empleador que toma represalias o discrimina a un empleado?
 - Solicitar o utilizar los días de enfermedad acumulados.
 - Intentar ejercer el derecho a utilizar los días de enfermedad pagados acumulados.
 - Presentar una queja o alegar una violación del artículo 1.5 sección 245 et seq. del código de Trabajo de California
 - Cooperar en una investigación o enjuiciamiento de una supuesta violación de este Artículo u oponerse a cualquier política, práctica o acto que esté prohibido por el Artículo 1.5 sección 245 et seq. del Código Laboral de California.

Lo siguiente se aplica al empleado identificado en este aviso: (Marque la casilla)

- Acumula licencia por enfermedad pagada solo de conformidad con los requisitos mínimos establecidos en el Código Laboral §245 et seq. sin ninguna otra política del empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para la acumulación y el uso de la licencia por enfermedad pagada.
- Acumule licencia por enfermedad pagada de conformidad con la política del empleador que satisfaga o exceda los requisitos de acumulación, transferencia y uso del Código Laboral §246.
- El empleador proporciona no menos de 40 horas (o 5 días) de licencia por enfermedad remunerada al comienzo de cada período de 12 meses.
- El empleado está exento de la protección de licencia por enfermedad pagada por el Código Laboral §245.5 (Exención estatal y subsección específica para exención): _____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que las respuestas dadas en este documento son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solicitud de empleo según sea necesario para llegar a una decisión de empleo. También autorizo al empleador a divulgar la información contenida en este documento, sus hallazgos y mi historial laboral a otras empresas o personas que lo soliciten. Entiendo y acepto que se espera que trabaje en una amplia variedad de asignaciones laborales en el área metropolitana y acepto asignaciones para las que estoy calificado y disponible. Entiendo que, en caso de que me contraten, no presentarme ante el empleador o no presentarme en un lugar de trabajo indicará que he renunciado. Entiendo que ni este documento ni ninguna oferta de empleo del empleador constituye un contrato de trabajo a menos que el empleador y el empleado firmen un documento específico a tal efecto por escrito. En caso de empleo, entiendo que la información falsa o engañosa proporcionada en cualquier solicitud o entrevista puede resultar en el despido. Entiendo, también, que estoy obligado a cumplir con todas las normas y reglamentos del empleador. Entiendo que el empleo es a voluntad tanto del empleado como del empleador. Esto significa que el empleado puede renunciar en cualquier momento con o sin previo aviso. También significa que no hay promesa de que el empleo continuará por ningún motivo, y el empleador puede rescindirlo en cualquier momento por cualquier motivo, con o sin notificación. Tampoco hay ninguna promesa de que su empleo terminará solo bajo las circunstancias. Nadie tiene la autoridad para hacer representaciones inconsistentes con esta política. Esta política reemplaza todas las representaciones escritas y orales que sean de alguna manera inconsistentes con ella. Si es empleado del empleador, el abajo firmante acepta y da su consentimiento para la prueba de alcohol y/o drogas siempre que exista una sospecha razonable para creer que el abajo firmante posee o está bajo la influencia de drogas y/o alcohol y tal uso o influencia puede afectar negativamente la salud del abajo firmante. desempeño del trabajo, o la seguridad de los abajo firmantes o compañeros de trabajo.

Además, acepto que, si me contratan, cualquier disputa laboral o queja que pueda surgir durante mi empleo o como resultado de mi empleo o Solicitud de empleo, que no pueda resolverse entre el empleador y yo o cualquiera de sus empresas afiliadas, se resolverá o liquidará mediante arbitraje vinculante.

NO FIRME HASTA HABER LEÍDO LA DECLARACIÓN ANTERIOR.

Certifico que he leído, entiendo completamente y acepto todos los términos de la Declaración del Solicitante anterior.

Firma _____

Fecha _____

APLICANTE NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Entrevistado por _____ (iniciales del empleado) _____ Fecha _____