

SOLICITUD DE EMPLEO

Es la política de la empresa proporcionar oportunidades de empleo iguales a todas las personas y no discriminar en sus prácticas de contratación o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad física o mental, veterano o militar, estado del servicio, información genética o cualquier otro estado protegido por las leyes federales, estatales o la ley local.

Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento:
Direccion			Numero de telefono
			()
Cuidad, Estado, Codigo Postal			Numero de celular
			()
Precision a la que aplica			Numero Social
			- -

INFORMACION GENERAL

¿Está relacionado con alguien en Prestige Job LLC? _____

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el departamento de su familiar. _____

Dias/Horas disponible para trabajar? _____ Es usted mayor de 18 años? _____

Lun Mar Mier Jue Vier Sab Dom Festivos

¿Ha presentado previamente una solicitud de empleo a Prestige Job LLC? _____

¿Cuando? _____ ¿Para qué posición? _____

¿Está disponible para trabajar: Tiempo Medio _____ Tiempo Completo _____

Si el trabajo lo requiere, puede viajar? _____

Si el trabajo lo requiere, tiene una licencia de conducir válida? _____

PREFERENCIAS DE EMPLEO

Posición deseada _____ Fecha en la que puede comenzar _____ Salario deseado _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE HOY

SOLICITUD DE EMPLEO

MILITAR

¿Alguna vez ha sido miembro de los Servicios Armados de los Estados Unidos? _____

Rama de servicio _____ Rama de servicio activo _____

Describa sus deberes y cualquier capacitación especial: _____

PENAL RECORDS/REGISTROS SELLADOS

¿Se ha declarado "culpable" o "no disputado" o ha sido condenado por un delito menor (que no sea una infracción de tráfico menor) o un delito grave? SI NO

Si la respuesta es "sí", indique la naturaleza del (los) delito(s), cuándo y dónde se condena, la disposición del caso y cualquier otra información relevante que desee que consideremos.* _____

TRANSPORTE

¿Tiene una licencia de conducir válida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Número de licencia de conducir:
Fecha de caducidad:	Situación de la cuestión: Operación <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna violación en movimiento durante los últimos 3 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Has tenido algún accidente en los últimos 3 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuáles son sus medios de transporte para trabajar?	Comentarios:

EN CASO DE EMERGENCIA

Altura	Peso	Fecha de nacimiento	Casado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre completo de su esposo			En caso de Emergencia Tipo de Sangre
Primera Persona Para notificar:			Número de teléfono Casa: ()) Oficina: ())
Segunda Persona Para notificar:			Número de teléfono Casa: ()) Oficina: ())

SOLICITUD DE EMPLEO

EDUCACION

	Nombre y ubicación	Programa estudiado/área de concentración	Número de años completados	Grado o Diploma
Escuela Secundaria				
Universidad/Universidad				
Escuela de Posgrado				
Vocacional/Técnico				
Otro				

HABILIDADES (Rellene las casillas de verificación para marcar todo lo que correspondan. Años, Meses, Días)

- | | | |
|--|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Typing | WPM: _____ | <input type="checkbox"/> Housekeeping |
| <input type="checkbox"/> Accounting Software | _____ | <input type="checkbox"/> Houseman |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Word/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Common Area |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Excel/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Supervisor |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Access/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Inspector |
| <input type="checkbox"/> Microsoft PowerPoint/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Cook |
| <input type="checkbox"/> HTML/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Precook |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen: _____ | | <input type="checkbox"/> Dishwasher |
| _____ | | <input type="checkbox"/> Bartender/Steward |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen: _____ | | <input type="checkbox"/> Maintenance |
| _____ | | <input type="checkbox"/> Front Desk |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen: _____ | | <input type="checkbox"/> Guest Services |
| _____ | | <input type="checkbox"/> Otro |

Resuma las habilidades y cualificaciones que serán de especial beneficio en el trabajo para el que está solicitando:

SOLICITUD DE EMPLEO

EMPLEO

Proporcione información de empleo precisa y completa a tiempo completo y a tiempo parcial para sus últimos 3 empleadores. Puede incluir puestos de voluntario si lo desea. Comience con el empleador presente o más reciente.

Nombre de la empresa:	Teléfono: ()
Dirección:	Empleado (Mes/Año) Desde: Hasta:
Nombre del supervisor:	Pago semanal o anual: Comenzo: Termino:
Título del trabajo y descripción de sus deberes:	Motivo para irse:

Nombre de la empresa:	Teléfono: ()
Dirección:	Empleado (Mes/Año) Desde: Hasta:
Nombre del supervisor:	Pago semanal o anual: Comenzo: Termino:
Título del trabajo y descripción de sus deberes:	Motivo para irse:

Nombre de la empresa:	Teléfono: ()
Dirección:	Empleado (Mes/Año) Desde: Hasta:
Nombre del supervisor:	Pago semanal o anual: Comenzo: Termino:
Título del trabajo y descripción de sus deberes:	Motivo para irse:

Podemos Contactar a los empleadores mencionados anteriormente a menos que usted indique lo contrario

NO SE PONGA EN CONTACTO CON EL EMPLEADORES:

Razón:

Por favor, indique cualquier otro nombre que haya utilizado que sea necesario para confirmar su historia de empleo hi.

SOLICITUD DE EMPLEO

REFERENES

Enumere cualquier otra referencia con la que podamos contactar (preferido el empleo y las referencias escolares).

Nombre	Years Acquainted	Cómo se familiariza	Dirección y teléfono #

Es ilegal en ciertos estados, incluyendo Florida, exigir o administrar una prueba de detector de mentiras como condición de empleo o empleo continuo. Un empleador que viole esta ley estará sujeto a sanciones penales y responsabilidad civil.

Si es contratado, ¿está dispuesto a someterse y pasar la prueba de sustancias controladas?

Si No

Si es contratado, en caso de que necesite realizar una prueba de Polígrafo, ¿estaría de acuerdo?

Si No

Si es contratado, en caso de que necesite realizar una verificación de antecedentes, ¿estaría de acuerdo?

Si No

¿Es capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo para el que está solicitando, ya sea con / sin adaptación razonable? Si No

Si no, describa las funciones que no se pueden realizar:

(Nota: APDC Cleaning Services, Inc. cumple con la ADA y considerará medidas de adaptación razonables que pueden ser necesarias para que los solicitantes/empleados elegibles realicen funciones esenciales. Es posible que un empleado pueda ser probado en habilidad/agilidad y puede estar sujeto a un examen médico realizado por un profesional médico.)

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE HOY

Agradecimiento - Por favor, lea antes de firmar

Certifico que la informacion anterior es verdadera, correcta y completa a mi leaf saber y entender. Autorizo la investigacion de todas las declaraciones que he hecho en esta solicitud de empleo, segun sea necesario para llegar a una decision de empleo.

Entiendo que cualquier declaracion falsa, enganosa o incompleta que he proporcionado a sabiendas en el presente documento puede ser causa de descalificacion o, en caso de empleo, despido y / o accion legal. Entiendo que esta solicitud no pretende ser un contrato de trabajo o una garantia de oportunidades promocionales .

Si tengo empleo, entiendo que dicho empleo es a voluntad y puede ser cancelado por la corporacion en cualquier momento. El solicitante entiende que ni este documento ni ninguna oferta de empleo de este empleador constituye un contrato de trabajo, a menos que un documento especifico sea ejecutado por escrito por el empleador y el empleado conjuntamente. Todas las declaraciones orales o escritas en contrario se rechazan expresamente y no deben ser invocadas. Al igual que un empleado puede renunciar por cualquier motivo, el empleador tambien puede despedir al empleado por cualquier motivo.

Como condicion para el empleo, acepto los principios de que el bienestar de la organizacion depende de la conducta y la honestidad de sus empleados y de la confianza def publico en general. Prestige Job. espera honestidad, seguridad y confidencialidad de todos los empleados. Si soy empleado, acepto informar a la gerencia de la organizacion, sin demora, de cualquier fraude, entrada falsa, error sustancial, malversaci6n o mala conducta de los empleados, que descubro o se que se produjo en cualquier registro, propiedad o fondos de la organizacion, y reportar cualquier transaccion o asunto que parezca perjudicial para la organizacion.

En el primer dia de empleo, estoy de acuerdo en proporcionarle a Prestige Job prueba de identificacion, credenciales academicas apropiadas, documentos de separacion militar, certificaciones profesionales y otros documentos que sean necesarios.

Por la presente autorizo el permiso y la autoridad de Prestige Job y / o de su designado para realizar una investigacion de antecedentes y verificaciones de referencia con respecto a mis actividades pasadas y actuates. Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para cualquier investigacion que el Prestige Job y / o sus designados puedan hacer, inc/uyendo pero no fimitado a, informaci6n sobre mi caracter personal, reputacion general, empleo anterior, educacion, historial de manejo, historial criminal y cualquier otra informacion contenida en publico Registros u obtenibles de empleadores anteriores o referencias, personales o de negocios. Tambien entiendo que se pueden requerir varias autorizaciones como condicion de empleo.

Firma del empleado de la Solicitud

Fecha

Entrevistado por

Fecha

FORMA MÉDICA

Nombre completo: _____ No de SS#: _____ - _____ - _____

Estatura: _____ Peso: _____ Alergico a: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Epilepsia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Inflamación de los huesos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Inflamación del cartílago articular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Amputación de, Pies, Pierna, Brazo, Mano.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hyperinsulinism	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Perdida de Vision total o Parcial	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tromboflebitis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Un disco de la columna removido	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soldadura total	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cualquier lesión en la espalda o el cuello	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hemofilia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fractura del ligamento de la rodilla	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Poliomielitis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hernia de disco espinal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Distrofia Muscular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otro: _____		
Esclerosis múltiple	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____		

¿Alguna vez ha recibido una compensación por una lesión relacionada con el trabajo en el trabajo?

Si No Si selecciona Sí, POR FAVOR ESCRIBIR PORQUE? _____

¿Ha recibido algún tipo de evaluación de discapacidad física o ha sido asignado por una compañía de seguros o una agencia estatal/o federal? Si No

Si selecciona Sí, escriba por qué y cuándo y dónde y %: _____

¿Has recibido cirugía por una espalda rota? Detalles: _____

¿Has recibido cirugía por una fractura de cuello? Detalles: _____

¿Has recibido cirugía por una rodilla rota? Detalles: _____

¿Has recibido cirugía por alguna otra parte del cuerpo? Detalles: _____

¿Sufres de artritis? Si No ¿En qué parte del cuerpo? _____

La información de este formulario no se utilizará para discriminar a nadie que pueda beneficiarse de un trabajo. Bajo perjurio, declaro que he leído toda la información en este documento y confirmo que todo es cierto

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Firma del empleador: _____

Fecha: _____