


Apellido :		Nombre:		Inicial del segundo nombre:		OFFICE USE ONLY:					
Cuenta con Visa, o su Estatus Migratorio avalan su empleo legalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de hoy:		Fecha en disponibilidad:		OFFICE USE ONLY:				
Teléfono No.1: ()		Teléfono No.2: ()		Correo electrónico:			Preferencias o Límites Geográficos:				
Empleo que solicita: <input type="checkbox"/> Apilador <input type="checkbox"/> Carpintero <input type="checkbox"/> Operador de Grúa <input type="checkbox"/> Operador de Montacargas <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Soldador <input type="checkbox"/> Acabados <input type="checkbox"/> Oficinista <input type="checkbox"/> Otro (especifique):						 <small>CONTRACTORS & ENGINEERS</small> EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS PO Box 659, Springfield, OR 97477 Ph: 541.746.2426 Fx: 541-746-7635 www.hamilton.com					
Domicilio Actual:		Calle		Ciudad				Estado		Código Postal	
Domicilio Anterior:		Calle		Ciudad				Estado		Código Postal	

Escolaridad

Preparatoria:		Ciudad/Estado:		¿Graduado o GED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Grado/Certificado/Especialidad:	
Profesional:		Ciudad/Estado:		¿Graduado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Grado/Certificado/Especialidad:	
Otro:		Ciudad/Estado:		¿Graduado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Grado/Certificado/Especialidad:	

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

JEFE		FECHAS DEL EMPLEO		PUESTO DE TRABAJO		CONSIDERADO PARA RECONTRATACIÓN	
Nombre		Inicio		Inicio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio		Finalización		Finalización			
Habilidades/ Tareas							
Supervisor		Motivo de Salida					

Nombre		Inicio		Inicio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio		Finalización		Finalización			
Habilidades/Tareas							
Supervisor		Motivo de Salida					

Nombre		Inicio		Inicio		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Domicilio		Finalización		Finalización			
Habilidades/Tareas							
Supervisor		Motivo de Salida					

ESTA COMPAÑÍA BRINDA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINA ILEGALMENTE EN BASE A RAZA, SEXO, COLOR, RELIGION, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL O CUALQUIER OTRA BASE PROHIBIDA POR LA LEY FEDERAL, ESTATAL O LOCAL.

Lista de períodos de desempleo mayores a 30 días. Explique la causa:

Datos personales

¿Cómo supo de este empleo? (persona u organización):

Por favor mencione otras habilidades o licencias relacionadas con el trabajo

Información o comentarios adicionales

Este formato es utilizado para evaluar las aptitudes y habilidades para el empleo; no es un contrato de trabajo.

Yo certifico que la información que estoy dando a Hamilton es verdadera y completamente de mi conocimiento. Entiendo que, si adquiero el empleo y se descubre que proporcioné información falsa o engañosa puede resultar en un despido inmediato.

Certifico además que no tengo compromisos con actividades o negocios adicionales que puedan crear conflictos de interés con Hamilton o sus clientes, ni los tendré si tuviese el empleo.

En consideración de mi empleo, estoy de acuerdo que mi trabajo y compensaciones pueden dar por terminado con o sin causa, y con o sin aviso en cualquier momento, a opción de cualquiera, de Hamilton o de mí mismo. Entiendo que ningún representante de Hamilton distinto al Presidente, tiene autoridad de celebrar cualquier acuerdo de trabajo por algún período de tiempo específico o hacer cualquier acuerdo contrario al que antecede.

Si obtuviese el empleo, y Hamilton me ha pagado por adelantado alguna licencia antes de ser acumulada, o me ha adelantado o prestado dinero durante el curso de mi empleo, o si he perdido, dañado o fallado en regresar cualquier propiedad de la firma; estoy de acuerdo en que la compañía está autorizada en deducir de mi salario los fondos suficientes para pagar los préstamos, pagos adelantados o reemplazos de su propiedad.

Presentar antecedentes puede ser requerido por algunas partes del contratante antes de realizar trabajos en o alrededor de la propiedad de la compañía. La verificación de antecedentes crediticios puede ser requerida si es sustancialmente relacionado con el trabajo para el cual se está haciendo la solicitud.

Después de una oferta de trabajo y antes de reportarse al mismo, será requerido para presentarse a una prueba de drogas obligatoria y deberá completarla satisfactoriamente. Adicionalmente, puede ser que se le realicen pruebas de habilidades relacionadas con el trabajo subsecuentes a la oferta de trabajo y antes de reportarse al empleo.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

ESTA SOLICITUD ES VALIDA 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ELABORACIÓN.

ESTA COMPAÑÍA BRINDA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINA ILEGALMENTE EN BASE A RAZA, SEXO, COLOR, RELIGION, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL O CUALQUIER OTRA BASE PROHIBIDA POR LA LEY FEDERAL, ESTATAL O LOCAL.

Hamilton Construction Co.

**Cuestionario de Acción
Afirmativa**

El propósito de esta sección es ayudar en el monitoreo de los Programas de Acción Afirmativa y cumplir con cualquier requerimiento de reportes periódicos o mantenimiento de registros por parte del gobierno. Esta información no forma parte de tu solicitud de trabajo y no será considerada en el proceso de selección de personal.

Raza

- Hispana o Latina
- Blanca
- Negra o Afroamericana
- Hawaiana o de otra Isla del Pacífico
- Asiática
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Dos o más razas (cuáles) _____

Sexo

- Masculino
- Femenino

Veterano

- Discapacidades Especiales
- Vietnam
- Otra _____
- No Aplica

Hamilton Construction regularmente brinda empleos de proyectos financiados por el Gobierno Federal. La información de arriba nos ayudará con el cumplimiento de las metas de contratación y contabilidad.

ELIJO NO PROPORCIONAR ESTA INFORMACION

ESTA COMPAÑÍA BRINDA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, NO DISCRIMINA ILEGALMENTE EN BASE A RAZA, SEXO, COLOR, RELIGION, NACIONALIDAD, ESTADO CIVIL, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL O CUALQUIER OTRA BASE PROHIBIDA POR LA LEY FEDERAL, ESTATAL O LOCAL.

Auto identificación Voluntaria de
Discapacidades

Forma CC-305 OMB
Número de Control 1250-0005
Expira 1/31/2017
Página 1 of 2

¿Por qué se requiere que complete esta forma?

Debido a que hacemos negocios con el gobierno, debemos procurar el contratar y proveer igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad. Para ayudarnos a medir cómo vamos, le pedimos que nos informe si tiene alguna discapacidad o ha tenido alguna vez una discapacidad. Completar este formato es voluntario, pero esperamos que elija llenarlo. Si está solicitando un empleo, cualquiera de sus respuestas se mantendrá en privado y no será usada en su contra de ninguna manera.

Si ya trabaja para nosotros, sus respuestas no serán usadas en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos requiriendo que todos nuestros empleados contesten, para actualizar su información cada cinco años. Puede identificarse como una persona con discapacidad a través de este formato, sin tener miedo a cualquier castigo por no haberse identificado con discapacidad anteriormente.

¿Cómo puedo saber que tengo una discapacidad?

Se considera que padece una discapacidad si tiene un impedimento físico o mental, o una condición médica que limite substancialmente la mayoría de las actividades de su vida, o si tiene un récord o historial de tal impedimento o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no están limitadas a:

- Ceguera
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis Cerebral
- VIH/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia Muscular
- Bipolaridad
- Depresión
- Esclerosis Múltiple
- Miembros mutilados o parcialmente mutilados
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Impedimentos que requieran el uso de silla de ruedas
- Discapacidad Intelectual (antes llamado retardo mental)

Por favor marque una de las opciones debajo:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o antes padecí una discapacidad)
- NO, NO TENGO UN DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

Su nombre

Fecha de hoy

Notificación de Adaptación Razonable

La Ley Federal requiere a los empleadores o patrones que provean de una adaptación o un acomodo razonable a los individuos calificados con discapacidades. Por favor infórmenos si necesita un acomodo razonable para solicitar un empleo o para desempeñar el que ya tiene. Ejemplos de una adaptación razonable incluyen hacer cambios en el proceso de solicitud o procedimientos de trabajo, proporcionando documentos en formatos alternativos, como el uso de un intérprete de lenguaje de señas o uso de equipo especializado.

La Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, ha sido modificada. Para mayor información acerca de este formato o las obligaciones de igualdad de empleo de los contratistas federales, visite la Oficina del Departamento del Trabajo de Programas Federales del cumplimiento de contrato (OFCCP). Sitio Web: www.dol.gov/ofccp

DECLARACIÓN PÚBLICA DE RESPONSABILIDAD: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una colección de información, a menos que dicha colección muestre un número de control válido "OMB" (Oficina de Administración y Presupuesto). La encuesta deberá tomar alrededor de 5 minutos en ser completada.