

**APPLICATION FOR EMPLOYMENT**  
**SOLICITUD DE EMPLEO**



*Equal Opportunity Employer*  
*Igualdad de Oportunidades en el Empleo*

**PERSONAL INFORMATION/INFORMACION PERSONAL**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_  
Last Name/Apeellido, First Name/Primer Nombre

Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Social Security Number/Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Phone Number/Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Email/Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Referred By/Recomendado por: \_\_\_\_\_

CA Drivers's Licence / Licencia de Manejo de CA?  Yes/Sí  No DL #: \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT INFORMATION/INFORMACION DEL EMPLEO**

Position/Puesto: \_\_\_\_\_ Expected Salary/Sueldo Esperado \$: \_\_\_\_\_  
 Hour/Hora  
 Salary/Salario

Have you worked or applied here before? / ¿A trabajado o aplicado aqui antes?  
 Yes/Si  No

If Yes, When? / Si, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Are you currently working? / ¿Está trabajando actualmente?  Yes/Sí  No

Date you can start / Fecha que puede empezar: \_\_\_\_\_

**EDUCATION / EDUCACION**

	Name & Location of School/ Nombre Y Lugar de Escuela	Did you Graduate? / Se Graduó?
High School/ Escuela Secundaria		
College/Universidad		
Trade School/Escuela de Oficios		
Special Training or Skills/ Entrenamiento Especial o Otras Abilidades		

## FORMER EMPLOYERS / EMPLEADORES ANTERIORES

Date: Month, Year/Fecha: Mes, Año	Name & Address / Nombre & Dirección	Position/Puesto	Reason for Leaving/Razón de Salida
From/Desde:			
To/Hasta:			
From/Desde:			
To/Hasta:			
From/Desde:			
To/Hasta:			

## REFERENCES / REFERENCIAS

Name/Nombre	Phone Number/ Numero de Teléfono	Business / Profesión	Years Known/ Años Que Lo Conoce

## AUTHORIZATION / AUTORIZACION

Applicant understands that this is an Equal Opportunity Employer and committed to excellence through diversity.

"I, the Applicant, certify that my answers are true and honest to my knowledge. If this application leads to my eventual employment, I understand that any false or misleading information in my application or interview may result in my employment being terminated.

I authorize investigation of all statements contained herein and the references and employers listed above to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and release the company from all liability for any damage that may result from utilization of such information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period of time, or to make an agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws."

El solicitante entiende que este es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y está comprometido con la excelencia a través de la diversidad.

"Yo, el Solicitante, certifico que mis respuestas son verdaderas y honestas a mi leal saber y entender. Si esta solicitud me lleva a un empleo eventual, entiendo que cualquier información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede resultar en la terminación de mi empleo.

Autorizo que se indaguen todos los datos, las referencias y los empleadores contenidos en esta solicitud, con el fin de recabar información relativa a mis empleos anteriores, y toda la información pertinente, personal o de cualquier otro tipo, que los mismos pudieran, y libero a la compañía de cualquier responsabilidad por cualquier daño que pudiera resultar por la utilización de dicha información.

También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía está facultado para hacer un contrato por algún período determinado, ni para hacer un contrato contrario a lo precedente, a menos que el mismo sea por escrito y firmado por un representante de la compañía.

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

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha