



Propietario y Confidencial
America Cleaning Solutions
 14920 SE 82nd Drive
 Clackamas, OR. 97015

Office: 503 772 1782 Fax: 503 775 2066

Solicitud de empleo

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EXCEPTO LA FIRMA

LOS SOLICITANTES ESTÁN SUJETOS A PRUEBA DE DETECCIÓN DE DROGAS Y VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES

POR FAVOR COMPLETE LAS PÁGINAS 1-5. (Página 1) **FECHA** _____

Nombre _____

Nombre
Apellido

Domicilio _____

Número,
calle,
ciudad,
estado,
código postal

Cuánto tiempo _____

Teléfono _____

Puesto solicitado: Janitor Limpiador de ventanas No Preferencia Otro _____

Días/horas disponibles para trabajar
 Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Salario/Salario deseado: \$ _____

Empleo deseado Tiempo completo Tiempo Parcial Cualquiera

¿Cuándo está disponible para trabajar? _____

Tipo de escuela	Nombre de Escuela	Dirección completa	Años Terminado	Especialización y Título
Escuela secundaria				
Universidad				
Escuela de Oficios				
Escuela de Negocios				

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EXCEPTO LA FIRMA

SOLICITUD DE EMPLEO (Página 2)

¿Tienes Licencia de conducir? Sí No

¿Cuál es su medio de transporte para ir al trabajo? _____

Número de licencia de manejo _____ Estado de emisión _____ Operador Comercial (CDL)

Fecha de expiración _____

¿Ha tenido algún accidente durante los últimos tres años? ¿Cuántos? _____

¿Ha tenido alguna violación en movimiento durante los últimos tres años? ¿Cuántas? _____

Indique dos referencias que NO sean parientes o empleadores anteriores.

Nombre _____	Nombre _____
Posición _____	Posición _____
Compañía _____	Compañía _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono _____	Teléfono _____

Un formulario de solicitud a veces hace que sea difícil para un individuo resumir adecuadamente sus antecedentes completos. Utilice el espacio a continuación para resumir cualquier información adicional necesaria para describir sus calificaciones completas para el puesto específico que está solicitando.

¿POR FAVOR DÍGANOS CÓMO ESCUCHÓ SOBRE NOSOTROS?

- Amigo
- Relativo
- Periódico

- Empleado _____
- Red social _____
- Otra: _____

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EXCEPTO LA FIRMA

SOLICITUD DE EMPLEO (Página 3)

MILITAR

¿HA ESTADO ALGUNA VEZ EN LAS FUERZAS ARMADAS? Sí No

¿ES USTED AHORA MIEMBRO DE LA GUARDIA NACIONAL/RESERVA? Sí No

Especialidad _____ Fecha ingresada _____ Fecha de alta _____

EXPERIENCIA LABORAL

Enumere su experiencia laboral durante los últimos cinco años, comenzando con su experiencia laboral más reciente. Si trabajaba por cuenta propia, dé el nombre de la empresa.

Experiencia Laboral #1

Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fechas de empleo: _____
Puesto de Trabajo: _____
Motivo de la partida: _____
Funciones, habilidades, etc: _____

Experiencia Laboral #2

Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fechas de empleo: _____
Puesto de Trabajo: _____
Motivo de la partida: _____
Funciones, habilidades, etc: _____

Experiencia Laboral #3

Nombre del empleador: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Fechas de empleo: _____
Puesto de Trabajo: _____
Motivo de la partida: _____
Funciones, habilidades, etc: _____

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EXCEPTO LA FIRMA

SOLICITUD DE EMPLEO (Página 6)

FORMULARIO DE INFORMACIÓN POSTERIOR AL EMPLEO

PARA SER COMPLETADO DESPUÉS DE QUE EL EMPLEADO HA SIDO CONTRATADO

¿Eres ciudadano de EE. UU.? Sí No Fecha de nacimiento _____

Casado ¿Cuánto tiempo? _____ Soltero(a) Apartado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre del esposo(a) _____ Ocupación _____ Compañía _____

Teléfono _____

PERSONA A SER NOTIFICADA EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Relación _____

PARA FINES DE SEGURO ÚNICAMENTE: ENUMERE TODOS LOS DEPENDIENTES

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SSN

ACOMPLETAR POR EMPLEADOR

Fecha de Empleo _____ Título de trabajo _____ Dept. _____

Ubicación _____ Tarifa de Pago \$ _____

Tiempo completo Medio Tiempo Supervisor

Firma del Solicitante (reconoce que la información es correcta) _____

Número de Examen de Drogas _____

Nombre de empleado autorizado para aprobar el trabajo _____

Nombre de empleado autorizado para verificar los datos _____

POR FAVOR LEA CON ATENCIÓN
FORMULARIO DE SOLICITUD EXENCIÓN

A cambio de la consideración de mi solicitud de empleo por parte de America Cleaning Solutions, Inc. (en lo sucesivo, "la Compañía"), acepto que:

Ni la aceptación de esta solicitud ni la subsiguiente entrada en cualquier tipo de relación laboral, ya sea en el puesto solicitado o en cualquier otro puesto, e independientemente del contenido de los manuales de empleados, manuales de personal, planes de beneficios, declaraciones de políticas y similares como pueden existir de vez en cuando, u otras prácticas de la Compañía, servirán para crear un contrato de trabajo real o implícito, o para conferir cualquier derecho a seguir siendo un empleado de la Compañía, o de otra manera para cambiar en cualquier aspecto el empleo en- relación de voluntad entre ésta y el suscrito, y dicha relación no puede ser alterada sino por instrumento escrito firmado por el Presidente de la Compañía. Tanto el abajo firmante como la Compañía pueden terminar la relación laboral en cualquier momento, sin previo aviso o razón específica. Si estoy empleado, entiendo que la Compañía puede cambiar o revisar unilateralmente sus beneficios, políticas y procedimientos y dichos cambios pueden incluir una reducción en los beneficios..

Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solicitud. Entiendo que la tergiversación u omisión de los hechos solicitados es causa de despido en cualquier momento sin previo aviso. Por la presente autorizo a la Compañía a comunicarse con escuelas, empleadores anteriores (a menos que se indique lo contrario), referencias y otros, y por la presente libero a la Compañía de cualquier responsabilidad como resultado de dicho contrato.

También entiendo que (1) la Compañía tiene una política de drogas y alcohol que contempla la realización de pruebas antes y después del empleo; (2) el consentimiento y el cumplimiento de dicha política es una condición de mi empleo; y (3) la continuación del empleo se basa en la aprobación satisfactoria de las pruebas en virtud de dicha política. Además, entiendo que la continuación del empleo puede basarse en la aprobación exitosa de los exámenes físicos relacionados con el trabajo y en la aprobación exitosa de los exámenes que conducen a la adquisición de las licencias de conducir necesarias si/y cuando las tareas del trabajo lo requieran.

Entiendo que durante el ejercicio de mis funciones puedo encontrar información confidencial y de propiedad exclusiva de la Compañía y sus clientes. Entiendo el deber continuo que tengo de tener un cuidado razonable de que esta información no se divulgue a nadie más ni se discuta dentro de la Compañía. También entiendo las relaciones que la Compañía ha ganado a lo largo de los años con sus clientes, y acepto no solicitar, comunicar, intentar trabajar en esas mismas ubicaciones por hasta 2 años, si alguna vez dejara el empleo de la Compañía.

Además entiendo que mi empleo con la Compañía será de prueba por un período de noventa (90) días, y además que en cualquier momento durante el período de prueba o posteriormente, mi relación laboral con la Compañía puede terminarse a voluntad por cualquier motivo ya sea parte.

Firma del solicitante _____

Iniciales ____ (Al facilitar sus iniciales indica su firma electrónica)

Fecha: _____

Esta Compañía es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades de empleo. Nos adherimos a una política de tomar decisiones de empleo sin distinción de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, edad o discapacidad. Le aseguramos que su oportunidad de empleo depende únicamente de sus calificaciones.

Gracias por completar esta solicitud de empleado y por su interés en nuestra empresa.