



EMPLOYMENT APPLICATION
 (APLICACION DE EMPLEO)
Please Print
 (Por Favor Use Letra de Molde)

Last Name _____

First Name _____

MI _____

HUMAN RESOURCES ONLY (Recursos Humanos Solamente)

Position(s) applied for: _____

Requisition Number: _____

Requisition Date: _____

Hiring Manager: _____

Department: _____

PERSONAL INFORMATION (Información Personal)

Date (Fecha): _____

Last Name (Apellido): _____

First Name
(Primer Nombre): _____

Middle Initial
(Inicial de Segundo Nombre): _____

Social Security Number (Numero de Seguro Social): _____

Current Physical Address
(Domicilio Actual): _____

Apartment Number
(Numero de Apartamento): _____

City
(Ciudad): _____

State
(Estado): _____

Zip Code
(Codigo Postal): _____

Mailing Address (If different from physical address)
(Domicilio Postal si es diferente de la dirección actual) _____

Apartment Number
(Numero de Apartamento): _____

City
(Ciudad): _____

State
(Estado): _____

Zip Code
(Codigo Postal): _____

Phone Number
(Numero de Telefono): _____

Alternate Phone Number
(Otro Telefono): _____

Are you 18 years or older? Yes (si) No (no)
(Mayor de 18 anos?):

Are you legally able to be employed in the United States?
(Esta legalmente autorizado para trabajar en Los Estados Unidos?): Yes (si) No (no)

Are you either a US Citizen, or a Permanent Resident Alien of the United States?
(Es usted Ciudadano Americano o Residente Permanente de Los Estados Unidos?): Yes (si) No (no)

Proof of identity and eligibility will be required upon employment
 Se requiere comprobante de identidad y elegibilidad cuando se contrate

DESIRED EMPLOYMENT (Empleo Solicitado)

Position(s) applied for – Up to 2 positions only: 1)
(Puesto(s) que Solicita – hasta 2 puestos solamente): 2)

Please enter the requisition number and title of position
(Favor de incluir el numero de requisición y titulo de la posición)

Applying for **Full Time** **Part Time** If Part time, number of hours _____
(Solicitando Para): (Tiempo Completo) (Medio Tiempo) Si es medio tiempo, numero de horas _____

Date you can start
(Fecha Para Empezar): _____

Salary Desired
(Salario Deseado): _____

DESIRED EMPLOYMENT continued... (Empleo Solicitado continuacion...)**Have you ever applied with this Company?**(Ha aplicado antes para esta compañía?): Yes (si) No (no)**Have you ever been employed by this Company?**(Ha sido empleado antes para esta compañía?): Yes (si) No (no)**What position?**

(Cual puesto?)

When?

(Cuando?):

Reason for leaving

(Razon para dejarlo):

Supervisor

(Supervisor):

Are any of your relatives presently employed by this company?(Tiene usted familiares actualmente trabajando para esta compañía?) Yes (si) No (no)**If yes, please give their name and relationship**

(Si es así, de sus nombres y relación):

Who referred you to this Company? (Quien lo recomendó a esta compañía?)
 Employment Agency **Friend** **Counselor** **Walk-In** **Web site**
 (Agencia de Empleos) (Amigo) (Consejero) (Vino Por Si Mismo) (Internet)

 Hiring Event **Other** ReadyOne Employee - Name _____
 (Feria de trabajo) (Otro) (Empleado de ReadyOne) - Nombre _____
EDUCATION (Educacion)

	Name & Address of School (Nombre y Domicilio de Escuela)	# of Years (# de anos)	Graduated (Graduado)	Major (Especializacion)
Grammar School (Primaria)			<input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	
High School (Preparatoria)			<input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	
College (Universidad)			<input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	
Trade, Business or Correspondence School (Escuela Técnica o Comercial)			<input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	

SKILLS OR TRAINING (Especialidades o Entrenamiento)

List any experience, skills, or qualifications including hobbies which you believe should be considered in evaluating your qualifications for employment for example subjects of special study, special training, and/or special skills

(Anoté experiencia, habilidades y cualidades incluyendo hobbies que crea se consideren en su evaluación de empleo por ejemplo materias de especialización, entrenamiento especializado, y/o habilidades especiales):

List below the last 3 employers starting with the most recent one.
(Anote los últimos 3 empleos, empezando con el mas reciente.)

EMPLOYMENT HISTORY(Historial De Empleo)

Company Name (Nombre de la Compania):		Telephone (Telefono)	
Address (Domicilio)	City (Ciudad):	State (Estado):	Zip Code (Codigo Postal):
Job Title You Held (Titulo de su Puesto):	Employment Dates (Fechas de empleo) From: To: (De) (al)		Weekly Salary (Salario semanal) Start: \$ End: \$ (Inicial) (Final)
Supervisor Name & Title (Nombre y Titulo de supervisor):		May we contact your supervisor? (Podemos contactar a su supervisor?) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	
Describe your duties (Descripcion del trabajo):		Reason for leaving and explanation (Razon para dejarlo)	

Company Name (Nombre de la Compania):		Telephone (Telefono)	
Address (Domicilio)	City (Ciudad):	State (Estado):	Zip Code (Codigo Postal):
Job Title You Held (Titulo de su Puesto):	Employment Dates (Fechas de empleo) From: To: (De) (al)		Weekly Salary (Salario semanal) Start: \$ End: \$ (Inicial) (Final)
Supervisor Name & Title (Nombre y Titulo de supervisor):		May we contact your supervisor? (Podemos contactar a su supervisor?) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	
Describe your duties (Descripcion del trabajo):		Reason for leaving and explanation (Razon para dejarlo)	

Company Name (Nombre de la Compania):		Telephone (Telefono)	
Address (Domicilio)	City (Ciudad):	State (Estado):	Zip Code (Codigo Postal):
Job Title You Held (Titulo de su Puesto):	Employment Dates (Fechas de empleo) From: To: (De) (al)		Weekly Salary (Salario semanal) Start: \$ End: \$ (Inicial) (Final)
Supervisor Name & Title (Nombre y Titulo de supervisor):		May we contact your supervisor? (Podemos contactar a su supervisor?) <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	
Describe your duties (Descripcion del trabajo):		Reason for leaving and explanation (Razon para dejarlo)	

Give the names of 3 persons you are not related to, whom you have known at least one year
(De 3 nombres de personas que no sean familiares, pero que conozca por lo menos un ano)

REFERENCES (Referencias)			
Name (Nombre)	Address (Domicilio)	Telephone (Telefono)	Years (Anos)

ADDITIONAL INFORMATION (Informacion Adicional)

Have you ever been convicted of a crime or received deferred adjudication for a crime?
(Failure to disclose a conviction of a crime or deferred adjudication for a crime will result in disqualification for employment)
(Ha sido usted encontrado culpable o a recibido un juicio diferido? El no revelar la convicción a un crimen o juicio diferido descalificará para el empleo de manera inmediata).
 Yes (si) No (no)

If yes, please explain. Please note: a conviction of a crime is not an automatic bar to employment. All circumstances will be considered.
(De ser así, por favor explique. Por favor tome en cuenta: un crimen no es un obstáculo para el empleo, todas las circunstancias serán consideradas.)

DRIVING RECORD (Historial de Manejo)

Are you a licensed driver? (Tiene usted licencia de manejar?): <input type="checkbox"/> Yes (si) <input type="checkbox"/> No (no)	State of Issue (De que Estado):	Driver's License Number (Numero de licencia):
--	---	---

Have you had any accidents or violations, which resulted in a conviction or a guilty plea in the last 5 years? If yes, explain below:
(Ha tenido usted accidentes o violaciones, los cuales hayan resultado en una convicción o culpabilidad en los últimos 5 anos? Si es así, de una explicación):

List all at-fault traffic accidents in the past 5 years.
(Anote todos los accidentes de tráfico en los últimos 5 anos):

By submitting this application, I authorize the company to request my driving record from appropriate state or local authorities.

(Al someter esta solicitud, autorizo a esta compañía pedir mi historial de manejo a las autoridades estatales o locales apropiadas.)

NOTIFICATION AND AGREEMENT

“I certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and I understand that, if employed, misleading information, falsified statements or failure to reveal any prior employer shall be grounds for termination from the company or its’ divisions.”

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 any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative. I fully understand that if hired, my employment is for no definite time and may be terminated any time without prior notice.

NOTIFICACION Y ACUERDO

“Yo certifico que los datos contenidos en esta aplicación son verdaderos y completos en lo mejor de mi conocimiento, y entiendo que, si se me contrata, cualquier información equivocada, declaraciones falsas o si no cumplo dando a conocer cualquier empleo anterior, serán base para terminación de empleo con la compañía y sus divisiones.”

Yo autorizo una investigación de todos los datos contenidos en este documento y las recomendaciones de los patronos anotados anteriormente a que les proporcione cualquiera y toda la información referente a mi empleo anterior, y cualquier daño que pueda resultar por la utilización de dicha información.

También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía tiene ninguna autoridad de entrar en ningún acuerdo para empleo por cualquier periodo de tiempo, o de hacer ningún acuerdo contratario a lo que este sucediendo, a menos de que se presente por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía. Entiendo completamente que si se me contrata, mi empleo es por tiempo indefinido, y puede terminarse en cualquier momento sin previo aviso.

ACKNOWLEDGMENT (Reconocimiento)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

ReadyOne Industries, Inc., es un Empleador de Igualdad de Oportunidades. No discriminaremos en contra de ningún empleado o solicitante por motivo de su raza, color, religión, sexo, edad, nacionalidad de origen, estado civil, discapacidad, condición de veterano de la Era de Vietnam, condición de veterano discapacitado, o con base en ninguna otra característica protegida por ley con referencia a ningún pesto para el cual el empleado o solicitante de empleo este calificado. El contratista conviene en tomar acción afirmativa al dar empleo o promover en el empleo y de otra manera tratar a los solicitantes y empleados calificados sin discriminación alguna en todas las prácticas de empleo.

A los aplicantes de empleo también se les invita a participar en el Programa de Acción Afirmativa informando de su condición de discapacitado, veterano discapacitado, veterano de la era de Vietnam u otra minoría. al extenderle esta invitación, también se le informa que: (a) los trabajadores (solicitantes) no están obligados a responder- esta informacion es estrictamente voluntaria; (b) las respuestas permanecerán confidenciales excepto a) ante la necesidad de informar al personal de supervisión y gerencial para poder asegurar la colocación apropiada y hacer los arreglos para dar acomodo a una discapacidad que usted ha identificado, b) para informar al personal de seguridad y primeros auxilios cuando sea apropiado y al grado apropiado, y c) para informar a oficiales del gobierno que investigan el cumplimiento del programa de acción afirmativa. El rehusarse a dar esta informacion no tendrá impacto alguno en su solicitud y no le sujetara a ningún trato adverso.

Nombre	Fecha
---------------	--------------

Puesto solicitud

Raza or Etnicidad	Genero	**Condicion de Veterano
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco (no Hispana ni Latina) <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano (no Hispano ni Latino) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Islas del Pacifico (no Hispano ni Latino) <input type="checkbox"/> Asiatico (no Hispano ni Latino) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (no Hispano ni Latino) <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas (no Hispano ni Latino)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Veterano Discapacitado-veteranos con derecho a compensación según las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos, o personas que han causado baja del servicio activo por motive de una discapacidad relacionada con el servicio. <input type="checkbox"/> Veterano Discapacitado Especial-veteranos con derecho a compensación segun las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos por una discapacidad clasificada al 30 por ciento o más, o clasificada entre 10 y 20 por ciento en el caso de un veteran que ha sido determinad, según la sección 3106 del Título 38-Beneficios de Veteranos, de tener una discapacidad grave de empleo; o una persona que ha causado baja del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio. <input type="checkbox"/> Veterano recientemente separado (1 ano) <input type="checkbox"/> Veterano recientemente separado (3 anos) <input type="checkbox"/> Veterano de lera de Vietnam-veteranos elegibles quienes cualquier parte de su servicio military activo, naval o aéreo ocurrió durante la era de Vietnam. <input type="checkbox"/> Veterano con Medalla de las Fuerzas Armadas-veteranos quienes, estando en servicio active en las fuerzas armadas, participaron en una operación military de los Estados Unidos por cuya participacion se les otorgo una medalla de las Fuerzas Armadas de acuerdo con la Orden Num. 12985. <input type="checkbox"/> Otro veteran protegido-veteranos que tuvieron servicio active en las Fuerzas Armadas en una Guerra o en una campana o expedición y se les ha autorizado una insignia de campana.

Hablo los siguientes idiomas: Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Soy veterano/a de _____. Realicé mi servicio de _____ a _____. (Rama de Servicio)
Firma _____

<input type="checkbox"/> No deseo auto-identifcarme: Firma _____

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
OMB Control Number 1250-0005
Expires 1/31/2020
Page 1 of 2

Why are you being asked to complete this form?

Because we do business with the government, we must reach out to, hire, and provide equal opportunity to qualified people with disabilities.¹ To help us measure how well we are doing, we are asking you to tell us if you have a disability or if you ever had a disability. Completing this form is voluntary, but we hope that you will choose to fill it out. If you are applying for a job, any answer you give will be kept private and will not be used against you in any way.

If you already work for us, your answer will not be used against you in any way. Because a person may become disabled at any time, we are required to ask all of our employees to update their information every five years. You may voluntarily self-identify as having a disability on this form without fear of any punishment because you did not identify as having a disability earlier.

How do I know if I have a disability?

You are considered to have a disability if you have a physical or mental impairment or medical condition that substantially limits a major life activity, or if you have a history or record of such an impairment or medical condition.

Disabilities include, but are not limited to:

- Blindness
- Autism
- Bipolar disorder
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Deafness
- Cerebral palsy
- Major depression
- Obsessive compulsive disorder
- Cancer
- HIV/AIDS
- Multiple sclerosis (MS)
- Impairments requiring the use of a wheelchair
- Diabetes
- Schizophrenia
- Missing limbs or partially missing limbs
- Intellectual disability (previously called mental retardation)
- Epilepsy
- Muscular dystrophy

Please check one of the boxes below:

- YES, I HAVE A DISABILITY (or previously had a disability)
- NO, I DON'T HAVE A DISABILITY
- I DON'T WISH TO ANSWER

Your Name

Today's Date

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
OMB Control Number 1250-0005
Expires 1/31/2020
Page 2 of 2

Reasonable Accommodation Notice

Federal law requires employers to provide reasonable accommodation to qualified individuals with disabilities. Please tell us if you require a reasonable accommodation to apply for a job or to perform your job. Examples of reasonable accommodation include making a change to the application process or work procedures, providing documents in an alternate format, using a sign language interpreter, or using specialized equipment.

ⁱ Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. For more information about this form or the equal employment obligations of Federal contractors, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at www.dol.gov/ofccp.

PUBLIC BURDEN STATEMENT: According to the Paperwork Reduction Act of 1995 no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. This survey should take about 5 minutes to complete.

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Ceguera
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis cerebral
- VIH/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia muscular
- Trastorno bipolar
- Depresión aguda
- Esclerosis múltiple (EM)
- Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas
- Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)

Favor marcar una de las casillas siguientes:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en ingles) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.

READYONE INDUSTRIES, INC.

ACKNOWLEDGEMENT BY APPLICANTS

To help ensure a safe, healthy and productive work environment and to protect the Employer, its applicants, and customers, the Employer has in effect a drug and alcohol abuse screening program.

Under this program, applicants who are offered employment will, as a condition of employment, be required to undergo a drug and/or alcohol screening test. Any applicant testing positive will be given no further consideration for employment.

Prohibited drugs include, but are not limited to: alcohol, marijuana, hashish, heroin, cocaine, hallucinogens, and depressants or stimulants not prescribed for current personal treatment by a licensed physician.

Any amount of an illegal drug or alcohol which creates a positive test result is deemed sufficiently high to preclude employment or continued employment.

The actual testing will be done by an independent laboratory under conditions designed to protect applicant personal privacy to the extent possible while ensuring the accuracy of the sample and test results. Test results will be treated confidentially.

Date: _____

Signature: _____
(Employee)

(Typed or Printed Name)

READYONE INDUSTRIES, INC.

ACUSE DE RECIBO POR LOS SOLICITANTES

Para ayudar a garantizar un ambiente de trabajo seguro, saludable y productivo, y para proteger al Empleador, a sus empleados y clientes, el Empleador tiene instaurado un programa de detección del abuso de alcohol y drogas.

De acuerdo con este programa, los solicitantes que se les ofrezca empleo deberán someterse a un examen de detección de alcohol y/o drogas. No se considerara para el empleo a ningún solicitante que salga positivo en el examen.

Las drogas prohibidas incluyen, pero no se limitan, a: el alcohol, la marihuana, el hachís, la heroína, cocaína, alucinógenos y depresores o estimulantes que no hayan sido recetados como tratamiento personal por un médico autorizado.

Cualquier cantidad de alcohol o droga ilícita que de origen a un resultado positivo en el examen se considera suficientemente elevada para excluir del empleo o de la continuación en el mismo.

El examen en si será administrado por un laboratorio independiente bajo condiciones diseñadas para proteger la privacidad personal del empleado al grado posible, a tiempo de asegurar la precisión de la muestra y de los resultados. Los resultados del examen serán tratados de manera confidencial.

Fecha: _____

Firma: _____
(Solicitante)

(Nombre mecanografiado o en letra de molde)