

POR FAVOR DEVUELVA ESTA HOJA



Bay Respite Care

Solicitud de Empleo del Proveedor de Relevo Programa de Empleador de Registro

Ciente: _____

Consideramos solicitantes para todos los puestos sin ninguna consideración de raza, color, religión, sexo, nacionalidad, preferencia sexual, edad, estado marital o de veterano, la presencia de alguna condición o inhabilidad médica no-relacionada, o cualquier otro estado legalmente protegido.

Imprima su nombre a Mano o a Máquina

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Dirección	Apt. #	Número de Seguro Social		
Ciudad	Estado	Número Postal	Número de Casa	Número Alterno

Correo Electrónico

¿En que condado vive usted ahora? _____

- Si No 1. Ha usted vivido en su condado mas de 5 anos?
¿Si no, en que condado vivió?
- Si No 2. Tengo una identificación estatal/federal actualizada, como una licencia de conducir
- Si No 3. Tengo una tarjeta de Seguro Social u otra prueba de elegibilidad para trabajar en los EE.UU.
- Si No 4. Tengo por lo menos 18 años.
- Si No 5. ¿Usted ha solicitado trabajo con nosotros antes? Si es que sí, Fecha: _____
- Si No 6. ¿Usted ha sido uno de nuestros empleados antes? Si es que sí, Fecha: _____
- Si No 7. ¿Le ha sido negado empleo legal en los EUA debido a su estado de inmigración o de visa?
- Si No 8. ¿Le han condenado por algún delito?
- Si No 9. ¿Podemos ponernos en contacto con su empleador/referencias actual(es)?
- Si No 10. ¿Esta usted físicamente o de algún otra manera incapaz de realizar los deberes del trabajo para el cual usted está solicitando?

Por favor Firme Atrás

CERTIFICACIÓN, DECLARACIÓN, Y AUTORIZACION PARA USAR LA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solicitud de empleo como pueda ser necesario para llegar a una decisión de contratación.

Yo reconozco por este medio que cualquier relación del empleo con esta compañía es de una naturaleza de "voluntad", lo que significa que el empleado puede renunciar en cualquier momento y el Empleador puede despedir al empleado en cualquier momento con o sin causa. Se entiende más a fondo que esta relación del empleo de "voluntad" no se puede cambiar por cualquier documento escrito o por conducta a menos de que tal cambio se reconozca específicamente por escrito por un ejecutivo autorizado de Bay Respite Care.

En caso de empleo, entiendo que la información falsa o engañosa dada en mi solicitud o entrevista(s) puede dar lugar al despido. Entiendo, también, que tengo que seguir todas las reglas y regulaciones del empleador.

Autorizo, por este medio, que todos mis empleadores y/o escuelas (a menos que esté indicado de forma diferente) entreguen cualquiera y toda la información referente a mí, incluyendo información de naturaleza confidencial o privilegiada. Libero por estos medios cualquier y todos los empleadores de cualquier responsabilidad o daño que puedan resultar de proveer la información pedida.

Y por este medio certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la declaración falsa, incompleta, o incorrecta, sin importar cuando se descubre, puede dar lugar a mi descalificación o despido del empleo de Bay Respite Care.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha