

**SECCION A:**

\_\_\_\_\_ Fecha

Nombre (Primer, MI, Apellido)

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal si es diferente a la anterior

Numero de Contacto Número de Teléfono Móvil

Aplicando para la posición (Los puestos de conductor comercial deben completar la **Sección B**) Fecha disponible para emperzar

Tiene parientes o amigos que trabajen actualmente en Peña's Disposal, Inc.?  SI  NO

En caso que si, indique el nombre y la relación:

Si es contratado, ¿tendrías un medio de transporte confiable?  SI  NO

¿Eres ciudadano de los estados unidos?  SI  NO

Si no, está autorizado para trabajar en los Estados Unidos y puede proporcionar pruebas legales?  SI  NO

¿Tienes al menos 18 años de edad? (Si es menor de 18 anos, la contratación está sujeta a la verificación de que tiene la edad mínima legal.)  SI  NO

¿Puede desempeñar las funciones esenciales del trabajo para el que se postula, con o sin adaptaciones razonables?  SI  NO

Si no, describa las funciones que no se pueden realizar:

¿Alguna vez ha sido empleado para Peña's Disposal, Inc.?  SI  NO

En caso que si, proporcione el último año trabajado y la razón de su salida:

*(Nota: Cumplimos con la ADA y consideramos las medidas de adaptación razonables que los solicitantes/empleados elegibles realicen funciones esenciales. El alquiler puede estar sujeto a aprobar un examen médico, pruebas de habilidad y/o agilidad.)*

Podemos negar a contratar a familiares de los empleados actuales si hacerlo podría resultar en problemas reales o potenciales en la supervisión, seguridad, moral, o si hacerlo podría generar conflictos de intereses.

**EDUCACION:**

Circule el grado más alto completado:

- La escuela primaria: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
- Colegio: 1 2 3 4
- Escuela do Pogrado: 1 2 3 4

**DEVUELVA LA APLICACION COMPLETA A:**  
EMAIL: PDI@PENASDISPOSAL.COM  
FAX: (559) 528-4030  
USPS: PEÑA'S DISPOSAL, INC  
12094 AVENUE 408  
CUTLER CA 93615

**REFERENCIAS COMERCIALES:**

Lista tres (3) persona ajenas a usted que tengan conocimiento de su desempeño laboral en los últimos tres (3) anos.

Nombre:	Número de Contacto:	Compañía	Número de anos conocidos

**HISTORIAL DE EMPLEO**

¿Está trabajando actualmente?  SI  NO

Lista todos los empleos presents y pasados, comenzando con el empleador mas reciente (los últimos cinco años es suficiente). Debe completar esta sección incluso si adjunta un curriculum.

		Fecha de Empleo	
Empleador:	Supervisor:	De	A
Numero de telefono del empleador:	Deberes realizados:		
Direccion del Empleador:	Tarifa de Pago:		
Razon para irse:	Podemos comunicarnos con este empleador para obtener una referencia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

		Fecha de Empleo	
Empleador:	Supervisor:	De	A
Numero de telefono del empleador:	Deberes realizados:		
Direccion del Empleador:	Tarifa de Pago:		
Razon para irse:	Podemos comunicarnos con este empleador para obtener una referencia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

		Fecha de Empleo	
Empleador:	Supervisor:	De	A
Numero de telefono del empleador:	Deberes realizados:		
Direccion del Empleador:	Tarifa de Pago:		
Razon para irse:	Podemos comunicarnos con este empleador para obtener una referencia:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**COMPLETE LA SECCION B SI SOLICITA UN PUESTO DE CONDUCTOR COMERCIAL  
DO LO CONTRARIO PROCEDA A LA SECCION C**

**SECCION B: COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTA APLICANDO PARA CONDUCTOR COMERCIAL**

**HISTORIAL DE EXPERIENCIA DEL CONDUCTOR:**

Nombre del Empleador:

¿Estuvo sujeto a las regulaciones federales de seguridad de auto transportistas mientras trabajaba aquí?  SI  NO

¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en cualquier modo regulado del departamento de transporte sujeto a los requisitos de pruebas de drogas y alcohol de 49 CRF parte 40 ?  SI  NO

Nombre del Empleador:

¿Estuvo sujeto a las regulaciones federales de seguridad de auto transportistas mientras trabajaba aquí?  SI  NO

¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en cualquier modo regulado del departamento de transporte sujeto a los requisitos de pruebas de drogas y alcohol de 49 CRF parte 40 ?  SI  NO

Nombre del Empleador:

¿Estuvo sujeto a las regulaciones federales de seguridad de auto transportistas mientras trabajaba aquí?  SI  NO

¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en cualquier modo regulado del departamento de transporte sujeto a los requisitos de pruebas de drogas y alcohol de 49 CRF parte 40 ?  SI  NO

**EXPERIENCIA DE MANEJO:**

Proporcionar un registro completo de toda la experiencia de conducción comercial durante los últimos diez (10) años.

Clase de Equipo	De	A	Numero aproximado de millas

**Registro de accidents durante los últimos tres (3) anos.**

Fecha del Accidente	Naturaleza del Accidente	Lugar del Accidente	# of Muertes	# of Heridos

**Condenas de tráfico y confiscaciones durante los últimos tres (3) anos.**

Fecha	Localizacion	Cargo	Multa

**Licencia de Conducir (Enumere cada licencia de conducir que haya tenido en los últimos tres (3) anos.).**

Estado	# de Licencia	Tipo	Avaes	Fecha de Caducidad

¿Alguna vez le han negado una licencia, permiso o privilegio para operar un vehículo motorizado?

SI  NO

¿Alguna vez se ha suspendido o revocado alguna licencia, permiso o privilegio?

SI  NO

En caso que si, explíquelo por favor:

---



---

Se acuerda y se entiende que el auto transportista o sus agentes podrán investigar los antecedentes del solicitante para obtener toda la información de interés para el registro de los solicitantes, ya sea que se registre o no, y la aplicación libera a los empleadores y al nombre de la persona en este documento de toda responsabilidad por cualquier daño debido a que proporcionen dicha información.

\_\_\_\_\_  
Firma de los solicitantes del conductor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SECCION C:**

Por la presente certifico que no he ocultado a sabiendas ningún información que pueda afectar negativamente mis posibilidades de empleo y que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier omisión o tergiversación de hechos importantes en esta solicitud o cualquier documento utilizado para asegurar un empleo será motivo para el rechazo de esta solicitud o para el despido inmediato si estoy empleado, independientemente del tiempo transcurrido antes del descubrimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Solicitantes

\_\_\_\_\_  
Fecha

# This Organization Participates in E-Verify

# Esta Organización Participa en E-Verify



This employer participates in E-Verify and will provide the federal government with your Form I-9 information to confirm that you are authorized to work in the U.S.

If E-Verify cannot confirm that you are authorized to work, this employer is required to give you written instructions and an opportunity to contact Department of Homeland Security (DHS) or Social Security Administration (SSA) so you can begin to resolve the issue before the employer can take any action against you, including terminating your employment.

Employers can only use E-Verify once you have accepted a job offer and completed the Form I-9.

## E-Verify Works for Everyone

For more information on E-Verify, or if you believe that your employer has violated its E-Verify responsibilities, please contact DHS.

Este empleador participa en E-Verify y proporcionará al gobierno federal la información de su Formulario I-9 para confirmar que usted está autorizado para trabajar en los EE.UU..

Si E-Verify no puede confirmar que usted está autorizado para trabajar, este empleador está requerido a darle instrucciones por escrito y una oportunidad de contactar al Departamento de Seguridad Nacional (DHS) o a la Administración del Seguro Social (SSA) para que pueda empezar a resolver el problema antes de que el empleador pueda tomar cualquier acción en su contra, incluyendo la terminación de su empleo.

Los empleadores sólo pueden utilizar E-Verify una vez que usted haya aceptado una oferta de trabajo y completado el Formulario I-9.

## E-Verify Funciona Para Todos

Para más información sobre E-Verify, o si usted cree que su empleador ha violado sus responsabilidades de E-Verify, por favor contacte a DHS.

**888-897-7781**

[dhs.gov/e-verify](https://dhs.gov/e-verify)



**E-VERIFY IS A SERVICE OF DHS AND SSA**

The E-Verify logo and mark are registered trademarks of Department of Homeland Security. Commercial sale of this poster is strictly prohibited.