



NORTH TEXAS HEALTH CARE LAUNDRY COOPERATIVE ASSOCIATION

SECCIÓN I - INFORMACIÓN PERSONAL (Por favor haga todas las respuestas completas y exactas)

Un Patrón de Igualdad de oportunidades y Instalación de No fumadores

Fecha de Aplicación: ____/____/____ Número de Seguridad Social: ____-____-____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección Corriente:
No. de Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. de Telefono:(____) _____ Cuanto tiempo a vivido en esta direccion : _____

Si menos de 2 años, por favor ponga la dirección anterior:

Posicion Deseada: _____ Departamento: _____

Turno Deseado: (Indicar 1st, 2nd, 3rd opción) ____Tiempo Completo ____ Tiempo parcial ____ Cuando se necesite ____Temporal
____ Dia ____Noche ____ Oscilación ____Tarde

Está usted disponible para trabajar en fines de semana? ____Si ____No

Fecha Disponible: _____

Será capaz usted de trabajar los días y horas requeridas para la posición (ones) para la cual usted esta aplicando? _____

Ha sido alguna vez empleado usted por NTCHL? ____Si ____No Fechas: _____

Disposición: _____

Tiene usted a cualquier pariente (s), o personas con quien usted está implicado en una relación cercana personal, empleó por NTHCL Cooperative? ____ Sí ____ No

Nombre: _____ Relacion: _____

Persona a quien contactar en caso de emergencia: _____

Numero de TelefonoPhone Number: (____) _____

* Cumplimos realmente con la Ley Laboral de Discriminación de Edad. Esta información es usada solicitando un informe de consumidor. Para asistinos con nuestros esfuerzos de reclutamiento, rastreamos la fuente de nuestros candidatos. Los ciertos tipos de fuentes de remisión no son dados la preferencia sobre otros. Por favor indique que fuente de remisión le influido más con su decisión de solicitar el empleo con nosotros. Por favor sella específico. Elija sólo uno.

Trabajo Listado en NTHCL / paseo - en Anuncio Dallas Morning News Otro: _____

Empleado Corriente: Nombre: _____ Departamento: _____

Nombre: _____ Departamento: _____

SECCION II –INFORMACION DE EMPLEO

Tiene usted 18 años de edad o mas? Si No

Actualmente tienene usted la autorización de trabajo sin restricción que le permite aceptar el empleo en los Estados Unidos.?

Si No

Ha sido condenado usted de una violación de alguna ley u ordenanza otra que una infracción de las normas de circulación (delincuencia juvenil, juvenil delincuente y menor voluntarioso excluido)?

Si No

Si respuesta es sí, por favor explique: _____

Usted a sido acusado de un precio irresuelto criminal: (es acusado usted de un delito que no ha causado aún una súplica de culpable, el proceso de tribunal, aplazó el juicio o la caída del precio?)

Si No

Si respuesta es si, por favor explique completamente: _____

(POR FAVOR NOTE: UN REGISTRO DE CONVICCIÓN SERÁ NO NECESARIAMENTE UNA BARRA AL EMPLEO)

POSICIONS PROFESIONALES SOLAMENTE:

Por favor indique memberships profesional, certificados o licencias sostenidas (excluya aquellos raza indicada, color, religión, orientación sexual, sexual, origen nacional, invalidez física o mental, o afiliaciones de organización de trabajo). Complemente esta información por el accesorio escrito de ser aplicable.

Si respuesta es si por favor explique : _____

Cuántos días a estado usted ausente en los dos años pasados (sin el permiso)? _____

Ha sido alguna vez descargado usted (corrido, despidió, etc.) de un trabajo? Si No

Si respuesta es si por favor explique: _____

Note: Si usted respuesta si a estas preguntas no le descalifica automáticamente para el empleo. La naturaleza y la fecha y el tipo de trabajo para el cual usted se aplica serán considerados.

SECCION III – EDUCACION

Educacion	Nombre & Dirreccion de Escuela	ESTUDIO DE CURSO	# DE AÑOS QUE ATTENDIO	Note Grados / Diplomas
Escuela Secundaria			1 / 2 / 3 / 4	
Colegio			1 / 2 / 3 / 4	
Escuela técnica o Comercial			1 / 2 / 3 / 4	

LAS HABILIDADES DE OFICINA (Opcional a menos que solicitando una posición que requiere estas habilidades.) Comprueban todo que se aplica:

- Mecanografía de Velocidad _____
- Computadora Personal
- Transcripción equipo de dictar
- Paquetes de software (por favor ponga en una lista): _____

Otras Habilidades: Por favor ponga cualquier otro trabajo en una lista relacionó habilidades que se relacionan con la posición (ones) para la cual usted se aplica :

SECCION IV - HISTORIA DE EMPLEO

Ponga a los tres empleos más recientes en la lista. Ponga al empleo corriente o más reciente en la lista primero. Incluya cualquier servicio military. Fecha (Mes & Año):

Comenzó: _____ / _____ Terminado: _____ / _____ Número de Años Empleados: _____

- Tiempo Completo Tiempo Parcial Temporal

(1) _____ (____) _____

Nombre de Compania Numero de Telefono Supervisor

Dirreccion Ciudad Estado Codigo Postal

Position Held: _____ Last Salary: _____

Reason for Leaving: _____

Comenzó: _____ / _____ Terminado: _____ / _____ Número de Años Empleados: _____

- Tiempo Completo Tiempo Parcial Temporal

(2) _____ (____) _____

Nombre de Compania Numero de Telefono Supervisor

Dirreccion Ciudad Estado Codigo Postal

Posicion que tenia: _____ Ultimo Salario: _____

Razon por Salirse: _____

Comenzó: _____ / _____ Terminado: _____ / _____ Número de Años Empleados: _____

- Tiempo Completo Tiempo Parcial Temporal

(3) _____ (____) _____

Nombre de Compania Numero de Telefono Supervisor

Dirreccion Ciudad Estado Codigo Postal

Posicion que tenia: _____ Ultimo Salario: _____

Razon por Salirse: _____

SECTION V – REFERENCIAS: Por favor proporcione los nombres, direcciones y números de teléfono de dos referencias quiénes no le están relacionados.)

Nombre

Dirreccion

Numero de Telefono

Nombre

Dirreccion

Numero de Telefono

Convengo que la información contenida sobre esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que la omisión, la falsificación o la falsificación de la información son tierras para la retirada de cualquier oferta de trabajo o para la descarga inmediata. Entiendo que el empleo es contingente al recibo de referencias satisfactorias, un empleo físico, y la prueba de identidad y autorización de trabajar en los Estados Unidos. De acuerdo con las exigencias del Crédito Justo Relatando el Acto, el aviso es dado esto un informe de consumidor puede ser hecho en relación a su aplicación para el empleo Si usted es el empleo negado, totalmente o en parte, debido a la información contenida en un informe de consumidor, una revelación le será hecha del nombre una dirección de la agencia de reportaje de consumidor que hace tal informe.

Sé el North Texas Health Care Laundry Cooperative Association; más adelante la llamada "Cooperativa" probará a candidatos como la parte del físico para ver si ellos se drogan o sustancias controladas. Este incluye medicinas, que son vendidas ilegalmente. Este también incluye medicinas o sustancias controladas, que son vendidas legalmente, pero son obtenidas ilegalmente. Este incluye hasta prescripciones o sobre la medicación contraria que no son el uso para sus objetivos intencionados o en una manera otra que prescrito o por la persona intencionada. Sé que la prueba puede contar si las medicinas o cualquier sustancia controlada están en mi sistema. Entiendo que la prueba es hecha probando mi orina. También sé que un laboratorio seleccionado por "la Cooperativa" hará las pruebas de orina. Ellos enviarán los resultados sólo a ciertos empleados de recursos de Personal. También sé que si no estoy de acuerdo con esta prueba para medicinas o sustancias controladas, "la Cooperativa" no pensará alquilarme. También, si mi prueba sale positiva para medicinas, el empleo será negado o terminado y sé que no puedo volver a aplicar para un trabajo en NTHCL durante seis (6) meses. También entiendo que el empleo es a voluntad, y que yo "o la Cooperativa" podemos terminar la relación de empleo en cualquier momento, con o sin el aviso, y con o sin la razón. Ninguna declaración sobre esta aplicación constituye, o debe ser interpretada como un contrato.

Firma: _____ Fecha: _____

He hecho la aplicación para el empleo con North Texas Health Care Cooperative Association y autorizo a mis patrones corrientes y antiguos para liberar "a la Cooperativa" toda la información de acuerdo con su política de compañía. En la consideración de eso, también libero usted, mi antiguo (o corriente) patrón, y sus agentes, de alguno y toda la responsabilidad, reclamación, daño o causa de la acción, que puede levantarse directamente o indirectamente de, o del cumplimiento con, esta petición.

Firma: _____ Fecha: _____



**North Texas Health Care Laundry
Cooperative Association**

DIVULGACIÓN DE LA SOLICITUD

Según los requisitos del Acta de Reportaje de Crédito Justo, se notifica que se llevará a cabo un reporte del consumidor en conexión a su solicitud de empleo.

Si le es negado el empleo, bien sea completa o parcialmente, debido a la información contenida en un reporte del consumidor, a usted se le divulgará el nombre y la dirección de la agencia de reportes del consumidor que proporcione tal reporte. Usted también recibirá una copia del reporte y una declaración de sus derechos como consumidor

Al firmar en la parte inferior, usted aprueba la adquisición de un reporte del consumidor + en conexión a su solicitud de empleo y en cualquier momento después.

Fecha _____

Nombre del Solicitante (impreso): _____

Firma del Solicitante : _____

Número del seguro Social : _____

*Fecha de Nacimiento : _____

*para reportes del consumidor únicamente

+ Un reporte del consumidor puede consistir de récords de empleo, verificación educacional, verificación de licencia, historia de conducción, direcciones anteriores y otros récords públicos relativos a acusaciones criminales. No se solicitará un reporte de crédito a menos que se considere pertinente a las funciones de la posición que solicita.

1080 Post and Paddock, Grand Prairie, TX 75050 Phone: 469-916-1150 Fax: 469-916-1199