
EXPERIENCIA

Favor de hacer un círculo alrededor de cualquier de los siguientes en los que usted es competente:

	Años de Experiencia
Operador: Empujadora Niveladora de Motor Rascador Cargador	_____
Grúa Retroexcavadora Rodillo Otro	_____
Trabajador De Oficio: Carpintero Carpintero de Formas/Constructor de formas	
Tiende tubos Finalizador de concreto	_____
Obrero: Pesado Ligero	_____
Taller: Soldador Mecánico Equipo pesado Auto	_____
Chofer de Camión: Ligero Fuera de camino CDL (Lic. Dé Manejo Comercial)	_____
Oficina: Recepcionista Nómina Cuentas por Pagar Computadora	_____
Recursos Humanos Beneficios Mensajero	_____
Otro: _____	_____

HISTORIA DEL EMPLEO

Favor de anotar su historia de empleo comenzando con su empleador actual o el más reciente.

1.	Nombre del Empleador	Dirección	Ciudad	Teléfono
	Nombre del Supervisor	Puesto de Ud.	Fechas del Empleo	
	Razón de marcharse			
2.	Nombre del Empleador	Dirección	Ciudad	Teléfono
	Nombre del Supervisor	Puesto de Ud.	Fechas del Empleo	
	Razón de marcharse			
3.	Nombre del Empleador	Dirección	Ciudad	Teléfono
	Nombre del Supervisor	Puesto de Ud.	Fechas del Empleo	
	Razón de marcharse			

4. _____

Nombre del Empleador	Dirección	Ciudad	Teléfono
Nombre del Supervisor	Puesto de Ud.	Fechas del Empleo	
Razón de marcharse			

REFERENCIAS

Favor de anotar otras tres (3) personas que conocen su trabajo.

1. _____

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

2. _____

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

3. _____

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

EDUCACIÓN

Grado Completado 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19+

Escuela Secundaria que Asistió	Ciudad	Estado	¿Diploma?
--------------------------------	--------	--------	-----------

Educación o Entrenamiento Especial _____

COMENTARIOS

Favor de usar esta sección para cualquier comentario que tenga respecto a un empleo con nuestra compañía.

FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE

Las Empresas Sherwood requiere que todos los solicitantes para el empleo se sometan a:

UNA PANTALLA DE DROGAS PREVIA AL EMPLEO y, a un EXAMEN FÍSICO DESPUÉS de una oferta de empleo. La empresa debe tener los resultados mostrando la ausencia de drogas en el sistema del solicitante ANTES de que éste comience el trabajo. Si a usted se le ofrece el empleo que requiere el uso de una CDL (Licencia de Manejo Comercial), o si usted va a conducir a un vehículo de la empresa, debe obtenerse un Informe de Violación en Movimiento satisfactorio antes de comenzar el trabajo.

La empresa también puede realizar una verificación de los antecedentes que incluye el chequeo de las referencias, el crédito y los informes de la historia criminal. Al llegar a la conclusión exitosa de los requisitos anteriores, y antes de comenzar el inicio del trabajo, cada Empleado recién contratado asistirá a una Orientación.

COMO UN EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, SHERWOOD NO HACE DISCRIMINACIÓN EN SUS DECISIONES BASADAS EN LA RAZA, LA RELIGION, EL COLOR, EL ORIGEN NACIONAL, EL GÉNERO (DEL SEXO), LA ORIENTACIÓN SEXUAL, LA EDAD, EL ESTADO MILITAR, LA DISABILIDAD, EL ESTADO DE VETERANO, LOS CREDOS, EL ESTADO CIVIL, LA INFORMACIÓN GENÉTICA, NI EN CUALQUIER OTRA BASE QUE SERÍA EN VIOLACIÓN DE CUALQUIER LEY FEDERAL, ESTATAL O LOCAL, NI TAMPOCO SERÁN TOLERADOS LA DISCRIMINACIÓN NI EL ACOSO POR PARTE DE SUS EMPLEADOS. SHERWOOD SE COMPROMETE A SEGUIR SU PLAN DE LA ACCIÓN AFIRMATIVA ESCRITA PARA ASEGURAR LA UTILIZACIÓN DE LOS VETERANOS DEL TIEMPO DE VIET-NAM, U OTROS VETERANOS INCAPACITADOS EN TODOS LOS NIVELES Y LAS DIVISIONES DE LA EMPRESA. ADEMÁS, SE CONTRATAN A TODOS LOS EMPLEADOS EN BASE DEL EMPLEO A LA VOLUNTAD, Y LA RELACIÓN DEL EMPLEO PUEDE TERMINARSE EN CUALQUIER MOMENTO POR SHERWOOD O POR EL EMPLEADO.

Esto certifica que esta aplicación fue completada por mí, y que todas las entradas en la misma, y la información en ella es veraz y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que me podrán terminar si he falsificado cualquier información en esta solicitud. Entiendo el proceso de la contratación, descrito anteriormente, y que cualquier oferta de empleo está con la condición de mi cumplimiento con los requisitos. Estoy de acuerdo en acatar a la política sobre el Empleo de Igualdad y la Discriminación de Sherwood, como se explicó anteriormente, y que yo nunca discriminaré contra cualquier compañero de trabajo si llegara yo a estar empleado.

Firma del Solicitante

Empleo de Igualdad de Oportunidades

Empresas Sherwood Acción Afirmativa Solicitud Programa de Clasificación de Veteranos

Las Empresas Sherwood "Sherwood" es un contratista de gobierno objeto de la Ley de Asistencia de Reajuste de los Veteranos de Vietnam era "de 1974, modificada por la Ley de Empleos para los Veteranos de 2002, 38 USC 4212 (VEVRAA), que exige a los contratistas del gobierno a tomar medidas de acción afirmativa para emplear y avanzar en el empleo: (1) veteranos discapacitados; (2) los veteranos recientemente separados, (3) en tiempos de guerra en servicio activo o veteranos de la campaña insignia, y (4) los veteranos de la medalla de servicio de las Fuerzas Armadas. Estas clasificaciones se definen como sigue:

Un "**veterano discapacitado**" es uno de los siguientes: un veterano de los militares de EE.UU., tierra, naval o aérea que tenga derecho a una indemnización (o quién sino para la recepción de pago de jubilación militar tendría derecho a una indemnización), bajo las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos, o una persona que fue dado de baja del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

Un "**veterano recientemente separado**" significa cualquier veterano durante el período de tres años a partir de la fecha de aprobación de la gestión de dicho veterano o la baja del servicio activo en el ejército EE.UU., tierra, naval o aéreo.

Un "**servicio activo en tiempo de guerra o campaña veterano insignia**" significa un veterano que haya estado en servicio activo en el ejército EE.UU., tierra, naval o aérea durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual una insignia de campaña haya sido autorizada conforme a las leyes administrado por el Departamento de Defensa.

Un "**veterano medalla de servicio de las fuerzas armadas**", un veterano que, mientras estaba en servicio activo en el ejército EE.UU., tierra, naval o aérea, participó en una operación militar de Estados Unidos para que una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas fue otorgado de conformidad con la Orden Ejecutiva 12985

Si usted cree que usted pertenece a alguna de las categorías de veteranos protegidas mencionadas anteriormente, por favor indique marcando la casilla correspondiente. Como Gobierno contratista sujeto a VEVRAA, le solicitamos esta información con el fin de medir la eficacia de la difusión y los esfuerzos de reclutamiento positivas que llevamos a cabo de conformidad con VEVRAA.

La presentación de esta información es de carácter voluntario y su negativa a proporcionar no le someta a tratamiento desfavorable. La información proporcionada se utilizará sólo en formas que no sean incompatibles con la Ley de Asistencia de Reajuste de los Veteranos de Vietnam era "de 1974, según enmendada.

IDENTIFICO COMO UNO O MÁS DE LAS CLASIFICACIONES DE VETERANO PROTEGIDOS ANTES CITADOS

NO SOY UN VETERANO PROTEGIDO

NO ACEPTO AUTO-IDENTIFICACIÓN

Nombre de solicitante

Fecha

Las Empresas Sherwood y los Filiales

ACTA DE LA DECLARACIÓN POR LEY DE LA DIVULGACIÓN JUSTA SOBRE EL CRÉDITO

De acuerdo con las provisiones de la Sección 604 (b)(2)(A) de la Sección 604(b)(2)(A) del Acta de la Declaración de la Ley de Divulgación Justa sobre el Crédito, La Ley Pública 91-508, como según la enmienda prevista por el Acta de Divulgar el Crédito del Consumidor de 1996 (Título II, Subtítulo D, Capítulo I, de la Ley Pública 104-208), a usted le está informando que los reportes verificando su empleo previo, resultados previos de pruebas de drogas y alcohol, y las pruebas previas, y su registro de conducir pueden ser obtenidos sobre usted para los propósitos del empleo. Estos informes son requeridos por las Secciones 382.413, 391.23, y la 391.25 de las Reglas de Seguridad de los Transportes de Motor Federal.

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre en Letra de Bloque

Número del Seguro Social

PERMISO DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES (COMPLETA) PARA UN POSIBLE EMPLEADO

En relación con mi solicitud para empleo con Las Empresas Sherwood estoy de acuerdo por la presente como sigue:

1. PERMISO GENERAL PARA LA INVESTIGACION DE ANTECEDENTES

Como una condición de la consideración de la compañía de mi solicitud de empleo, doy permiso a la compañía para investigar mi historial personal y mi historia de empleo. Tengo entendido que esta investigación de antecedentes incluirá, mas no estará limitada a, la verificación de toda la información en mi solicitud de empleo.

2. PERMISO DE HACER CONTACTO CON LOS EMPLEADORES ANTERIORES

Doy el permiso a la compañía específicamente para hacer contacto a todos mis empleadores previos para referencias. Además, doy el permiso a todos los empleadores actuales o previos y/o gerentes o supervisores de hablar de mi historia de empleo pertinente con la compañía. Por la presente, doy permiso a la remisión de tal información de forma verbal o por escrito por parte de mi empleador anterior.

3. PERMISO DE HACER CONTACTO CON AGENCIAS GUBERNAMENTALES

Adicionalmente, doy el permiso de la Compañía para recibir una copia de cualquier información obtenida del archivo de cualquier tribunal federal, estatal, o local, o de cualquier agencia gubernamental que tenga referencia o relación conmigo. Además, doy permiso a la remisión de dicha información en caso de que una ley no asegura a posibles empleadores el tener el acceso a la información, por la presente delego a la Compañía como mi agente para el recibo de la información. Tengo entendido que el alcance de esta investigación será limitado como requerido por las leyes apropiadas.

4. MISCELANEO

Tengo entendido que no tengo ninguna garantía de empleo y que la Compañía puede determinar a no contratarme debido a cualquier razón legal.

Firma Del Solicitante

Fecha

Nombre Del Solicitante en Letra de Molde

Número del Seguro Social

Fecha de Nacimiento

Dirección Actual

Cuidad

Estado

Código Postal

Número de la Licencia de Manejar

Estado de expedición

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

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.