



**Personal Information / Información Personal**

**Date / Fecha** \_\_\_\_\_

Name (Last name first) / Nombre (Apellido primero)			
Present Address / Dirección Actual	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código Postal
Permanent Address / Dirección Permanente	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código Postal
Phone Number / Teléfono	Referred By / Recomendado Por		

**Employment Desired / Empleo Deseado**

Position / Puesto	Date you can start / Fecha que puede empazar	Salary Desired / Salario Deseado
Are you employed now? ¿Trabaja actualmente?	Are you legally authorized to work in the USA? ¿Está autorizado para trabajar legalmente en EEUU?	
<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No	
Ever applied to this company before? ¿A postulado a esta compañía antes?	Where? / ¿Dónde?	When? / ¿Cuándo?
<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No		

**Education / Educación**

Name & Location of School Nombre y Lugar de la Escuela	Years Attended Años que asistió	Did you graduate? ¿Se graduó?	Subjects Studied Ramos Estudiados
High School Escuela Secundaria		<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No	
College Universidad		<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No	
Trade, Business, or Correspondence School / Escuela de oficios, negocios or por correspondencia		<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No	

**General Information / Información General**

Subjects of special study or research work / Estudio especial o trabajo de investigación	
Special Training / Capacitación Especial	Special Skills / Aptitudes Especiales
Do you have any relevant certifications, licenses, or any other qualifications applicable to this field of work? ¿Tiene alguna certificaciones, licencias pertinentes, o cualesquiera otras cualifica- ciones aplicables a este trabajo?	
U.S. Military Service / Servicio Militar (EE.UU.)	Are you afraid of heights? ¿Le tiene miedo a las alturas?
Rank / Rango	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No

**Former Employers / Empleadores Anteriores**

Begin with most recent employer / Empiece por el más reciente

Date, Month, Year Fecha, Mes, Y Año	Name & Address of Employer Nombre Y Dirección del Empleador	Salary Salario	Position Puesto	Reason for Leaving Razón de salida
From Desde				
To Hasta				
From Desde				
To Hasta				
From Desde				
To Hasta				
From Desde				
To Hasta				

**References / Referencias**

Name / Nombre	Phone / Teléfono	Business / Profesión	Years Known Años que lo conoce

**Authorization / Autorización**

"I certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, falsified statements on this application shall be grounds for dismissal.

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.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws."

"Certifico que los datos contenidos en esta solicitud son a mi mejor saber y entender verdaderos y completos, y entiendo que si me emplean, las declaraciones falsas contenidas en esta solicitud serán causal de despido.

Autorizo que se indaguen todos los datos, las referencias y los empleadores contenidos en esta solicitud, con el fin de recabar información relativa a mis empleos anteriores, y toda la información pertinente, personal o de cualquier otro tipo, que los mismos pudieran aportar, y libero a la compañía de cualquier responsabilidad por cualquier daño que pudiera resultar por la utilización de dicha información.

También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía está facultado para hacer un contrato por algún período determinado, ni para hacer un contrato contrario a lo precedente, a menos que el mismo sea por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía.

Esta denegación no permite la divulgación ni el uso de información médica o relacionada con discapacidades, tal como lo establece la ADA (Ley de Estadounidenses con Discapacidades) y otras leyes federales y estatales pertinentes."

**Date / Fecha** \_\_\_\_\_ **Signature / Firma** \_\_\_\_\_

---

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE / NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Interviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Remarks: