



FORMULARIO DE AUTO IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA

Empleador: Servicios Rurales de Plumas, Inc.

Instrucciones: Esta empresa es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Para ayudarnos a cumplir con los requisitos federales y estatales de mantenimiento de registros y presentación de informes, le invitamos a identificarse voluntariamente. Este formulario es **CONFIDENCIAL** y se mantendrá en un archivo separado de su solicitud de empleo. **NO** se utilizará para tomar decisiones de contratación ni de empleo.

1. IDENTIDAD DE GÉNERO

Masculino Femenino No Binario / Género X Prefiero no indicarlo

2. RAZA Y ETNIA (Seleccione todas las que correspondan)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Hispano o Latino
 De Oriente Medio o del Norte de África (MENA)
 Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico
 Blanco
 Prefiero no indicarlo

3. CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

¿Tiene usted alguna discapacidad (física o mental) que limite alguna actividad importante de la vida diaria?

Sí No No deseo responder

4. CONDICIÓN DE VETERANO

Soy un veterano protegido NO soy un veterano No deseo revelar

Nombre (Opcional): _____

Fecha: _____



Solicitud de Empleo

INFORMACIÓN GENERAL					
Nombre:		Número de Seguro Social:		Fecha de solicitud:	
Apellido utilizado anterior:		Dirección actual:			
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Correo electrónico:			Código de área y número de teléfono fijo: ()		
Si no ha residido en la dirección actual durante 2 años, proporcione la dirección anterior y número de teléfono:			Vivi allí desde:		Hasta:
¿Es usted ciudadano estadounidense o está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Todas las personas, al ser contratadas, deben verificar su elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos).					
Enumere los estados y condados de residencia de los últimos 7 años:					
¿Cómo se enteró de este puesto?					
¿Ha trabajado anteriormente para esta empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo ¿cuándo y en qué departamento/ubicación?					
En caso de emergencia, ¿A quién debemos notificar?		Nombre:		Dirección:	
				Número Telefónico: ()	
INTERÉS LABORAL					
Puesto al que se postula:				Referido por:	
Tipo de empleo deseado (marque una opción): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Verano					
Preferencia de turno:			Salario requerido:		
¿Estás dispuesto a trabajar horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Estás dispuesto a trabajar los fines de semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Estás dispuesto a viajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?					
Fecha disponible para comenzar a trabajar:		¿Tienes 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
EDUCACIÓN					
Nombre y dirección de la escuela a la que asistió.		¿Te graduaste?		Enumere el diploma o título	
Escuela secundaria		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asistiendo			
Colegio o universidad		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asistiendo			
Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Asistiendo			



711 East Main Street, Quincy, CA 95971



www.PlumasRuralServices.org



530-283-2735



| 530-283-3647



REFERENCIAS PERSONALES

Por favor, indique tres personas que conozcan sus cualificaciones y aptitudes laborales **(no incluya familiares)**:

Nombre:	Dirección:	Número de teléfono:	Ocupación:
		()	
		()	
		()	



HISTORIA LABORAL

Por favor, enumere a continuación su historial laboral comenzando por su empleador más reciente. Incluya todos los períodos de tiempo, incluyendo **trabajo a tiempo parcial, servicio militar o desempleo**. ¿Podemos ponernos en contacto con su empleador actual?

Sí No Si necesita espacio adicional, adjunte información complementaria.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					
De		A		Nombre del supervisor:	Número de teléfono: ()
Mes	Año	Mes	Año		

Título del puesto y descripción de sus funciones:

Motivo de la salida:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					
De		A		Nombre del supervisor:	Número de teléfono: ()
Mes	Año	Mes	Año		

Título del puesto y descripción de sus funciones:

Motivo de la salida:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					
De		A		Nombre del supervisor:	Número de teléfono: ()
Mes	Año	Mes	Año		

Título del puesto y descripción de sus funciones:

Motivo de la salida:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					
De		A		Nombre del supervisor:	Número de teléfono: ()
Mes	Año	Mes	Año		

Título del puesto y descripción de sus funciones:

Motivo de la salida:

HABILIDADES Y CUALIFICACIONES ESPECIALES

Por favor, resuma las habilidades especiales, las calificaciones, los detalles del servicio militar (fechas, rama y rango), así como cualquier servicio cívico, membresías sociales o profesionales:



Liberación y Consentimiento

Entiendo y certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, y cualquier currículum adjunto, es completa y correcta. Cualquier información falsa, engañosa o incompleta que proporcione en esta solicitud puede resultar en el rechazo de la misma o, si soy contratado, en el despido. Entiendo que, en consideración a mi empleo, acepto cumplir con las normas y reglamentos del Empleador, y además acepto que mi empleo y remuneración están sujetos a la voluntad del Empleador y pueden ser terminados, con o sin causa justificada, y con o sin previo aviso, en cualquier momento a opción del Empleador o mía. Entiendo y acepto que estos términos sólo pueden ser modificados por escrito y firmados por el Presidente. Ningún supervisor, representante, agente u otro empleado del Empleador tiene ahora o ha tenido en el pasado la autoridad para celebrar ningún contrato de trabajo por un período de tiempo determinado, ni para celebrar ningún contrato que sea contrario a los términos anteriores o que los modifique, ni ninguna política o práctica del Empleador, ya sea escrita u oral, puede modificar los términos anteriores.

Entiendo y acepto someterme a cualquier examen físico y prueba previa al empleo, incluyendo la prueba de detección de drogas, y todas estas pruebas se administrarán de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Entiendo y por la presente autorizo a todas las personas, escuelas, empresas, empleadores y/o sus representantes a proporcionar al Empleador, sus representantes o agentes, la verificación de toda la información contenida en esta solicitud y/o currículum adjunto. Además, por la presente acepto eximir de toda responsabilidad a dichas personas, escuelas, empresas, empleadores y/o sus representantes de cualquier reclamación que pueda tener o que pueda surgir contra cualquiera de ellos, incluido el Empleador, como resultado de que proporcionen información al Empleador. Autorizo al Empleador, en caso de que me contrate, a divulgar referencias laborales si mi empleo finaliza por cualquier motivo. También autorizo al Empleador a realizar consultas de crédito, policiales, penales y de historial de conducción, o cualquier otra consulta relacionada con el empleo, de conformidad con las disposiciones de la Ley de Informes de Crédito Justos, 15 USC Artículo 1681 y siguientes. Entiendo que la decisión de contratarme y mi continuidad en el empleo estarán sujetas a los resultados de estas investigaciones.

Consideramos a los solicitantes para todos los puestos en función de sus cualificaciones y sin distinción de raza, color, religión, género (sexo), origen nacional, edad, estado civil, condición de veterano, discapacidad, orientación sexual, uso de productos legales fuera del horario laboral ni ninguna otra condición protegida por la ley.

Entiendo que esta solicitud estará activa para su consideración durante 30 días. Transcurridos 30 días, si deseo que se me tenga en cuenta para el puesto, debo ponerme en contacto con el empleador para saber si se aceptan solicitudes.

He leído, comprendo y estoy de acuerdo con esta declaración.

Firma del solicitante

Fecha