

SOLICITUD DE EMPLEO

POSICION DE APLICADA : _____ Date : _____

NOMBRE:	NUMERO DE SEGURO SOCIAL :
DIRECCION :	# DE TELEFONO :
Aplicando para _____ Tiempo completo _____ Medio Tiempo	CORREO ELECTRONICO :
	Día disponible para trabajar:

Historial de Trabajo – Adjuntar un curriculum si está disponible.

NOMBRE DE COMPANIA & DIRECCION	FECHAS DE EMPLEO	FUNCION DE TRABAJO	TIEMPO COMPLETO O MEDIO TIMEPO	TARIFA DE PAGO	NOMBRE DE SUPERVISOR & # DE TELEFONO

<i>¿Es usted elegible para trabajar en los Estados Unidos?</i>	___ SI ___ NO	
<i>¿Tiene 18 años de edad o más?</i>	___ SI ___ NO	<i>Si no, ¿cuál es su edad actual?</i>
<i>Alguna vez ha sido empleado por Western Ag Enterprises/ WAG Services, Inc.?</i>	___ SI ___ NO	<i>En caso afirmativo , fechas de empleo y razón de irse :</i>
<i>Are you related to any current Western Ag Enterprises/WAG Services, Inc?</i>	___ SI ___ NO	<i>En caso afirmativo, su nombre y su relación con usted?</i>
<i>¿Alguna vez ha sido condenado por un delito?</i>	___ SI ___ NO	<i>En caso afirmativo dar los datos y la razón de la condena :</i>
<i>Si es necesario para la posición, ¿tiene una licencia de conducir valida?</i>	___ SI ___ NO	<i>En caso afirmativo ,# de Licencia _____</i> <i>Estado de Emisión _____ Expiración _____</i>
<i>¿Es usted capaz de llevar a cabo , con o sin ajustes razonables , las funciones esenciales de el trabajo para el cual está solicitando? (No responda a menos que haya leído la descripción del trabajo) .</i>	___ SI ___ NO	<i>Explique:</i>
<i>¿Fue referido por un empleado de Western Ag/ WAG Services?</i>	___ SI ___ NO	<i>En caso afirmativo, escriba el nombre completo del empleado.</i>

REFERENCIAS:

NOMBRE	Dirección y # de teléfono	Relación	Anos de Conocidos

Certifico que soy capaz de realizar las funciones de trabajo según sea necesario y la información en esta solicitud es correcta y completa.

Firma: _____

Fecha : _____

CONFIDENCIAL

Formulario de Autorización de Antecedentes

Nombre Impreso: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Nombre(s) Anteriores y Fechas usadas: _____

Dirección Corriente: _____
(Mes/Año) (Calle) (Ciudad) (Código/Estado)

Dirección Previa Desde: _____
(Mes/Año) (Calle) (Ciudad) (Código/Estado)

Dirección Previa Desde: _____
(Mes/Año) (Calle) (Ciudad) (Código/Estado)

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Licencia/Estado: _____

Por la presente autorizo a _____ y sus agentes designados y representantes para llevar a cabo una revisión exhaustiva de mis antecedentes causando un informe del consumidor y / o un informe de investigación que se generen para el empleo y / o fines de voluntarios. Tengo entendido que el alcance del informe del consumidor / investigación del informe del consumidor puede incluir, pero no se limita a las siguientes áreas: la verificación del número de seguro social; informes de crédito, residencias actuales y anteriores; historial de empleo, el historial de educación, las referencias de caracteres; pruebas de drogas, registros de historia civil y penal de cualquier agencia de justicia criminal en alguna o todas las jurisdicciones, estatales, federales del condado; los registros de conducción, registros de nacimiento, y cualquier otro registro público.

Además, autorizo a cualquier individuo, sociedad, empresa, corporación o agencia pública a divulgar cualquier tipo de información, verbal o escrita, perteneciente a mí, a Western AG Enterprises, Inc. y sus agentes. Además, autorizo a la liberación completa de los registros o datos pertenecientes a mí el que el individuo, sociedad, empresa, corporación o agencia pública puedan tener, para incluir información o los datos recibidos de otras fuentes. Western Ag Enterprises, Inc. y sus agentes designados y representantes deben mantener todas las informaciones recibidas de esta autorización de manera confidencial con el fin de proteger a los solicitantes de información personal, incluyendo, pero no limitado a, direcciones, números de seguro social y fechas de nacimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso a residentes de California, Minnesota y Oklahoma:

Por favor marque la casilla a continuación si desea recibir una copia del informe del consumidor que se solicite.

Deseo recibir una copia de cualquier verificación de Informe de antecedentes sobre mí que se solicite.