

Aplicación de Empleo

SÓLO PARA CONDUCTORES COMERCIALES

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) _____

Fecha de aplicación _____

Mead Lumber

100% Propiedad de los Empleados



Consideramos a los aplicantes para todos los puestos sin tener en cuenta la raza, el color, la religión, el sexo, la nacionalidad, la edad, el estado civil o el de veterano, la presencia de una condición médica o discapacidad no relacionada con el trabajo, o cualquier otra condición legalmente protegida.

La siguiente información se solicita para ayudarnos a determinar sus calificaciones para el empleo. Le agradecemos el tiempo que ha dedicado a rellenar este formulario de aplicación.

Si la rellena manualmente, escriba toda la información con claridad y complete cada parte de esta aplicación, incluso si adjunta un currículum. Si hay una pregunta que no se aplica a usted, marque "NA". No deje ninguna pregunta sin responder. Cualquier respuesta falsa, engañosa o incompleta puede dar lugar a la descalificación para la contratación o al despido inmediato del empleo.

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN ACTUAL (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	¿Cuánto tiempo en esta dirección?	TELÉFONO DE CASA
DIRECCIÓN ANTERIOR (calle, ciudad, estado, código postal)		¿Cuánto tiempo en esta dirección?

DIRECCIÓN DE EMAIL

TELÉFONO	Para cumplir con las leyes relativas al empleo de extranjeros ilegales, ¿podrá proporcionar una prueba de empleabilidad si se le hace una oferta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Ejemplos de pruebas: Tarjeta de Social Security Licencia de conducir Certificado de nacimiento Pasaporte

¿Ha trabajado antes para Mead? En caso afirmativo, ¿cuándo y con qué nombre? Cargo ocupado:

Sí No

¿Tiene usted actualmente un empleo? Si está empleado, ¿por qué desea cambiar?

Sí No

¿Ha aplicado antes aquí?	¿Le han entrevistado aquí antes?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Fecha disponible para trabajar:	¿Cuánto tiempo de antelación debe dar?	Salario previsto \$ _____ por semana o \$ _____ por año
---------------------------------	--	---

¿Hay alguna información que necesitemos sobre su nombre o el uso de otro nombre para comprobar su historial de trabajo?

Sí No Por favor, especifique:

¿Es usted o ha sido alguna vez un delincuente sexual registrado en algún estado de EE.UU. o en otro país? Sí No
En caso afirmativo, indique la infracción, la fecha en que se produjo y el estado en el que se produjo:

¿Está o ha estado inscrito en un registro de maltrato de niños o adultos en algún estado de EE.UU. o en otro país? Sí No
En caso afirmativo, indique la infracción, la fecha en que se produjo y el estado en el que se produjo:

¿Cómo le remitieron a Mead?	Naturaleza del trabajo que aplica:
<input type="checkbox"/> Empleado actual de Mead Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Por mi cuenta <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Gerencial <input type="checkbox"/> Ventas <input type="checkbox"/> Otros (enumerar) _____ <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Producción/fabricación <input type="checkbox"/> Patio/Conductor

Aplicando por: Full-time Part-time Temporal Verano

Días / Horas disponibles para trabajar:

EDUCACIÓN

Si los registros están bajo otro nombre, indíquelo a modo de referencia.

Tipo de escuela	Nombre y ubicación	Campo de estudio principal	¿Se ha graduado? Título, Letra, Grado o GPA
Última escuela secundaria			
Universidad			
Escuela de Postgrado			
Otros			

HISTORIAL DE EMPLEO

Si los registros están bajo otro nombre, indíquelo a modo de referencia. Empezando por el actual o último empleador, enumere todos los empleos, incluidos los de tiempo parcial o temporal.

Lugar de trabajo	Fechas (mes y año)	Supervisor
Nombre	Desde:	Nombre Teléfono
Dirección	Hasta:	Posición ¿Podemos contactar para comprobar las referencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de negocio	Departamento	Motivo de renuncia
Título y funciones al inicio		Título y funciones en el momento de irse
¿Estaba sujeto a las normas federales de seguridad de transportistas en este puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Se sometió a pruebas de alcohol y sustancias controladas en este puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Lugar de trabajo	Fechas (mes y año)	Supervisor
Nombre	Desde:	Nombre Teléfono
Dirección	Hasta:	Posición ¿Podemos contactar para comprobar las referencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de negocio	Departamento	Motivo de renuncia
Título y funciones al inicio		Título y funciones en el momento de irse
¿Estaba sujeto a las normas federales de seguridad de transportistas en este puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Se sometió a pruebas de alcohol y sustancias controladas en este puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Lugar de trabajo	Fechas (mes y año)	Supervisor
Nombre	Desde:	Nombre Teléfono
Dirección	Hasta:	Posición ¿Podemos contactar para comprobar las referencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de negocio	Departamento	Motivo de renuncia
Título y funciones al inicio		Título y funciones en el momento de irse
¿Estaba sujeto a las normas federales de seguridad de transportistas en este puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Se sometió a pruebas de alcohol y sustancias controladas en este puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

CUALIFICACIONES DE CONDUCCIÓN Y EXPERIENCIA EN EQUIPOS

LICENCIAS QUE TIENE:

Estado _____ Número de licencia _____ Tipo _____ Fecha de caducidad _____
Estado _____ Número de licencia _____ Tipo _____ Fecha de caducidad _____
Estado _____ Número de licencia _____ Tipo _____ Fecha de caducidad _____

EXPERIENCIA EN EQUIPOS:

Clase de equipo

(por favor, marque)

- Tractor y Semi-Trailer
 Tractor con dos Trailers
 Camión recto
 Otros

Tipo de equipo (Van, Plana, Cisterna, Reefer)	¿Por cuánto tiempo?	Total de millas (aprox.)

¿En qué estados ha operado en los últimos tres años? _____

¿Le han retirado o suspendido la licencia alguna vez? Sí No Si es así, ¿cuándo y dónde? _____

¿Por qué? (por favor, explique) _____

¿Ha dado positivo en una prueba de drogas o alcohol previa al empleo o aleatoria en los últimos dos años? Sí No

ACCIDENTES E INFRACCIONES

ACCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (enumere primero el más reciente - adjunte hojas adicionales si es necesario)

Fecha: _____ Lesiones: Sí No Muertes: Sí No Tipo de vehículo: _____

Describe: _____

Fecha: _____ Lesiones: Sí No Muertes: Sí No Tipo de vehículo: _____

Describe: _____

Fecha: _____ Lesiones: Sí No Muertes: Sí No Tipo de vehículo: _____

Describe: _____

CONDENAS DE TRÁFICO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Fecha: _____ Ubicación: _____ Violación: _____

Sanción: _____

Fecha: _____ Ubicación: _____ Violación: _____

Sanción: _____

Fecha: _____ Ubicación: _____ Violación: _____

Sanción: _____

HABILIDADES Y CALIFICACIONES ESPECIALES

--

REFERENCIAS

Se requieren dos referencias, una debe ser de un gerente/supervisor actual o anterior, y la otra puede ser de un compañero, un colega o una referencia personal. No familiares.

Nombres de las referencias	Relación <small>(Gerente/Supervisor, Compañero de trabajo, Personal)</small>	Teléfono	Email

POR FAVOR LEA

Al firmar a continuación, certifico que las respuestas y la información proporcionada en este formulario son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que si alguna respuesta no es verdadera, precisa o completa, puedo no ser contratado, o si soy contratado, puedo ser despedido.

Entiendo que este empleador investigará mi historial laboral y personal, mi carácter y mis calificaciones para verificar toda la información dada en esta solicitud, en los documentos relacionados y en las entrevistas. A excepción de los que he señalado específicamente, autorizo a todas las empresas, personas, referencias y escuelas mencionadas en el formulario a proporcionar a este empleador información sobre mi historial laboral, educativo o de carácter y a cooperar plenamente con la investigación de mis cualificaciones. Les autorizo a proporcionar cualquier información solicitada sobre mí y les eximo de toda responsabilidad por daños al proporcionar esta información.

Entiendo que este empleador puede llevar a cabo una comprobación de antecedentes en las áreas de historial criminal y presencia en cualquier registro de delinquentes sexuales, abuso de menores o abuso de adultos. Con mi firma a continuación, autorizo específicamente a cualquier entidad privada o pública a proporcionar a este empleador información sobre mis antecedentes, incluyendo, pero sin limitarse a ello, los antecedentes penales y si mi nombre está presente en cualquier registro de abuso de niños o adultos. Autorizo a estas entidades privadas o públicas a proporcionar cualquier información que este empleador solicite sobre mí y les eximo de toda responsabilidad al proporcionar esta información.

Entiendo que este empleador sigue una política de "empleo a voluntad", lo que significa que ellos o yo podemos terminar mi empleo en cualquier momento y por cualquier razón consistente con la ley estatal o federal aplicable. Entiendo que esta aplicación no es un contrato de trabajo. Reconozco que no se ha realizado ninguna representación oral. Si me contratan, me comprometo a cumplir las normas y expectativas que se me proporcionen por este empleador.

Entiendo que esta aplicación se considera vigente durante 90 días. Si quiero que se me tenga en cuenta para el empleo después de ese plazo, debo renovar mi solicitud por escrito.

Mead Lumber es un lugar de trabajo libre de drogas. Se requiere una prueba de preempleo. Todas las ofertas de empleo están supeditadas a un examen de drogas negativo.

FECHA: _____

FIRMA EN TINTA: _____

SOLICITUD DE INFORMACIÓN AL EMPLEADOR ANTERIOR

Para: Nombre del empleador anterior: _____
DE: Nombre: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Representante del empleador designado (si se conoce):

(nombre) _____, SSN _____ ha presentado una aplicación a esta empresa para un puesto de _____ y afirma que fue contratado por usted como _____ desde _____ hasta _____. ¿Podría responder a la siguiente pregunta sobre este aplicante?

Su respuesta se mantendrá en estricta confidencialidad y no implicará en ningún caso su responsabilidad. Gracias.

Por la presente autorizo la divulgación de información relativa a mis servicios, carácter y conducta mientras esté empleado por ustedes, y ustedes quedan liberados de toda responsabilidad que pueda resultar de proporcionar dicha información a la empresa mencionada. También autorizo a la liberación de la información de mis registros de pruebas de drogas y alcohol reguladas por el Departamento de Transporte por parte de mi empleador anterior mencionado a la empresa solicitante mencionada anteriormente. Este comunicado está en conformidad con el Reglamento del DOT 49 CFR Parte 40, Sección 40.25. Comprendo que la información que debe divulgar mi empleador anterior se limita a los siguientes elementos de prueba regulados por el DOT:

1. Pruebas de alcohol con un resultado de 0,04 o superior,
2. Pruebas de drogas positivas verificadas,
3. Negativa a someterse a la prueba,
4. Otras infracciones de la normativa sobre pruebas de drogas y alcohol de la agencia DOT,
5. Información obtenida de empleadores anteriores sobre una infracción de las normas sobre drogas y alcohol;
6. Documentación, en su caso, de la finalización del proceso de reincorporación al trabajo tras una infracción de las normas.

Firma del aplicante _____ Fecha _____

1. ¿Es correcto el historial de empleo en su empresa, tal como se ha indicado? Sí No
2. ¿Conducía el aplicante vehículos de motor para usted? Vehículo de pasajeros Camión recto Tractor-semirremolque
Otros (especificar) _____
3. Indique las fechas de los accidentes de tráfico en los que haya estado implicado. _____
Si en los últimos tres años incluya la ciudad, el número de heridos y el número de víctimas mortales. _____
¿Se liberaron materiales peligrosos? _____
4. Motivo del abandono del empleo: Dado de baja Despedido Renuncia

	Excelente	Buena	Regular	Pobre	Muy Pobre
Calidad del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cooperación con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hábitos de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hábitos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidad de conducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

(Está obligado a divulgar esta información según el 49 CFR 391.23(g) y 40.25(h))

En los tres años anteriores a la fecha de la firma del empleado arriba, para las pruebas reguladas por el DOT:

1. ¿El empleado se sometió a pruebas de alcoholemia con un resultado de 0,04 o superior? Sí No
2. ¿El empleado ha dado positivo en las pruebas de drogas? Sí No
3. ¿Se negó el empleado a someterse a la prueba? Sí No
4. ¿Tenía el empleado otras infracciones de la normativa sobre pruebas de drogas y alcohol del DOT? Sí No
5. ¿Le informó un empleador anterior de una infracción de las normas sobre drogas y alcohol? Sí No
6. Si ha respondido "sí" a alguno de los puntos anteriores, ¿ha completado el empleado el proceso de reincorporación al trabajo? Sí No

NOTA: Si ha respondido afirmativamente al punto 5, debe proporcionar el informe del empleador anterior. Si ha respondido afirmativamente al punto 6, también debe transmitir la documentación adecuada para la reincorporación al trabajo (por ejemplo, informe(s) SAP, registro de pruebas de seguimiento). Por favor, retorne la información lo antes posible. Gracias.

Nombre de la persona que proporciona la información: _____
Título: _____
Teléfono: _____

Fecha: _____