



MATERIALS, L.L.C.

ESCRIBIR CON TINTA NEGRA/AZUL O A MAQUINA.: Las instrucciones deben ser seguidas exactamente. Llenar la solicitud completamente. Si las preguntas no son aplicables, poner "N/A". No dejar ninguna pregunta en blanco. Estar seguro de firmar cuando la solicitud este completa. IOC Company LLC. es una empresa de igualdad oportunidad de empleo y no discrimina por raza, color de piel, nacionalidad, sexo, religión, edad o incapacidad en contratar o la provisión de servicios.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CORREO \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ENLISTAR LA POSICION EXACTA O EL TIPO DE TRABAJO Y LOCACION A LA QUE DESEA SOLICITAR:

Tiempo Completo Medio-Tiempo Verano Temporal/Proyecto

¿Fecha disponible para trabajar? \_\_\_\_\_ ¿Esta dispuesto(a) a trabajar horas otras que 8 a 5? \_\_\_\_\_

¿Qué días esta indispueto(a) a trabajar? \_\_\_\_\_

¿Está dispuesto(a) a viajar? SI NO (encerrar una) Si la respuesta es sí, ¿Qué porciento del tiempo?

Numero de licencia de manejar (si necesaria para posición) \_\_\_\_\_

¿Licencia comercial de manejo? SI o NO

¿Tiene usted al menos 17 años de edad? SI o NO (encerrar uno)

¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen o sujetado a un juicio aplazado en un cargo de crimen? SI o NO (encerrar uno). Si su respuesta es "SI," explique en el detalle conciso en una hoja separada de papel, dando a las fechas y razón de la ofensa, el nombre y la dirección del tribunal, y la disposición del caso o casos. Una convicción no puede descalificarle, pero una declaración falsa si puede. NOTA: Algunas agencias estatales pueden requerir la información adicional relacionada con la convicción de delitos de menor cuantía.

EDUCACIÓN (Nota: puede requerirse que candidatos proporcionen la prueba de diploma, grados, transcripciones, licencias, certificaciones, y registros.) Indique el Grado más alto completado: ¿1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12? ¿Se graduó de Preparatoria o recibió GED? SI o NO (encerrar uno)

Table with 4 columns: TIPO DE ESCUELA, NOMBRE Y LOCACION DE LA ESCUELA, FECHA QUE ATENDIO, FECHA DE GRADUACION MES/AÑO. Rows include ESCUELA DE GRADUADO and TÉCNICO, PROFESIONAL, O ESCUELA DE NEGOCIO.

## HISTORIA DE TRABAJO

Esta información será el registro oficial de su historia de trabajo y debe reflejar exactamente todos los deberes significativos y los resúmenes realizados de la experiencia deberían describir claramente sus calificaciones.

1. Incluir TODO empleo. Comience con su posición presente o última y trabaje atrás a su primer empleo.
2. La historia de trabajo deberá incluir cada posición sostenida, hasta aquellos con el mismo patrón.
3. LA DIRECCIÓN DE PATRÓN DEBE SER LA DIRECCIÓN DE ENVÍO COMPLETA, INCLUSO EL CÓDIGO POSTAL.
4. Dar un breve resumen del técnico y de ser asignado, las responsabilidades directivas de cada posición que usted ha sostenido.
5. Para posiciones de supervisor/directivas, indique el número de empleados que usted supervisó.

Si usted necesita el espacio adicional para describir suficientemente su historia de empleo proporcione la información en el mismo formato que este formulario de inscripción.

Nombre : \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Numero de Seguro Social

<u>WORK EXPERIENCE</u>				
DE _____ _____	A _____ _____	NOMBRE DE EMPLEADO _____ _____	PRECIO DE PAGA _____	#DE TELEFONO _____
TÍTULO DE TRABAJO _____			DIRECCION _____ _____	
Supervisor Inmediato y Título _____				
Naturaleza del trabajo y responsabilidades y razón de salida: _____ _____ _____				

<u>WORK EXPERIENCE</u>				
DE _____ _____	A _____ _____	NOMBRE DE EMPLEADO _____ _____	PRECIO DE PAGA _____	#DE TELEFONO _____
TÍTULO DE TRABAJO _____			DIRECCION _____ _____	
Supervisor Inmediato y Título _____				
Naturaleza del trabajo y responsabilidades y razón de salida: _____ _____ _____				

## EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDAD

Si una licencia, el certificado, u otra autorización son requeridos o relacionados con la posición para la cual usted aplica, completa lo siguiente:

CERTIFICACIÓN DE LICENCIA	FECHA EXPEDIDA	FECHA DE EXPIRACION	EXPEDIDA POR/LOCACION	# DE LICENCIA

Formación/habilidades/calificaciones Especiales: Ponga formación relacionada de todo el trabajo en una lista o habilidades que usted posee y máquinas o equipo de oficina que usted puede usar, como calculadoras, imprimiendo o equipo de gráficos, los tipos de equipo de computadora del software y hardware.

---

---

---

¿Aproximadamente cuántas palabras por minuto escribe a máquina usted? \_\_\_\_\_

¿Habla usted alguna otra lengua además del español? \_\_\_\_\_ ¿Si sí, qué lengua habla usted? \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR LEA LAS DECLARACIONES SIGUIENTES CON CUIDADO E INDIQUE SU ENTENDIMIENTO Y ACEPTACIÓN FIRMANDO EN EL ESPACIO PROPORCIONADO**

1. Certifico que toda la información proporcionada por mí en relación a mi aplicación, si en este documento o no es verdadero y completo, y entiendo que cualquier declaración falsa, falsificación, u omisión de la información pueden obtener respuesta negativa de contratar o ser contratado, terminación.
2. Entiendo que como una condición de empleo, se requerirá que yo proporcione la prueba legal de la autorización de trabajar en los Estados Unidos.
3. Entiendo que algunas agencias estatales comprobarán con el Departamento de Texas de la Seguridad Pública, la Policía judicial u otras organizaciones, para cualquier historia criminal de acuerdo con estatus aplicables.
4. Autorizo a cualquiera de las personas u organizaciones referidas en esta aplicación para darle alguno y toda la información acerca de mi empleo anterior, educación, o cualquier otra información que ellos podrían tener, personal o por otra parte, en cuanto a cualquiera de los sujetos cubiertos por esta aplicación, y libero todos tales partidos de toda la responsabilidad de cualquier daño que puede resultar de amueblarle tal información.
5. Entiendo que la revelación de mi Número de Seguridad Social es opcional. La agencia o la compañía a la cual me aplico pueden usar el SSN para objetivos de rastreo administrativos y para la identificación de individuos. Este es de acuerdo con el Congreso de los Estados Unidos de la Ley Federal 552a la sección 7 (b).

### **ESTA APLICACIÓN DEBE SER FIRMADA**

\_\_\_\_\_

**Firma de Solicitante**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**Blanco (No de Origen hispano)** - Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte, o el Oriente Medio.

**Negro (No de Origen hispano)**- Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales Negros de África.

**Hispano** - Todo las personas mejicanas, Puertorriqueño, cubano, Central de sudamericano, u otra cultura española u origen, sin tener en cuenta raza.

**Asiático o Pacífico Isleño** - Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera del original gentes del Oriente Lejano. Asia del sudeste, el Subcontinente de India, o las Islas Pacíficas. Este área incluye, por ejemplo, China, India, Japón, Corea, las Islas Filipinas, y Samoa.

**Amerindio o Natural de Alaska** - Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de la gente original del norteamericano, y que mantienen identificación cultural por afiliación tribal o reconocimiento de comunidad.

# TERRA FIRMA

MATERIALS, L.L.C.

## ACUERDO DE LA AUTORIZACION DE LA DEDUCCION DE SU SUELDO

Entiendo y comprendo que mi contratista Terra Firma LLC., puede deducir dinero de mi paga de vez en cuando por razones de las siguientes categorías:

- (1) Mi parte de \_\_\_\_\_ para el plan médico/dental de la compañía.
- (2) Cualquier contribución que haga a un plan de jubilación, plan de pensiones patrocinadas, controladas, o manejadas por la compañía.
- (3) Pago a plazos en préstamos, crédito de tienda, o adelantos de salario dado a mí por la compañía, inclusive el valor de mercancías que compro, o que he comprado en mi cuenta de crédito de empleado, y si hay un balance quedándose cuando deje la compañía, el balance de tales préstamos, crédito de tienda o adelantos recibidos.
- (4) Si recibo un pago excesivo de sueldos por cualquier razón, la devolución de tales pagos excesivos a la compañía (conuerdo que cualquier pago excesivo de sueldos es un avance de futuros sueldos pagados a mí y que mi empleador puede descontar todo o cualquier parte de tal pago excesivo de cualquier futuros cheques de pago que pueda ganar hasta que el balance del pago excesivo sea reducido a cero.
- (5) El costo de la Compañía de llamadas de larga distancia personales que pueda hacer en teléfonos de Compañía o en cuentas de la Compañía, en faxes personales enviados por mí utilizando equipo de Compañía o cuenta de la Compañía, por acceso al internet por cuestiones no de trabajo conseguir acceso a otras redes utilizando equipo de Compañía o cuenta de la Compañía.
- (6) El costo de reparar o reemplazar cualquier artículo, material, equipo, dinero, de la Compañía u otra propiedad que pueda dañar (además de lo normal de usar y romper), pérdida, falle de volver, o tomar sin la autorización apropiada de la Compañía durante mi empleo.
- (7) El costo de uniformes de Compañía y de limpiar los uniformes.
- (8) El costo razonable o valor justo, o el que sea menos, de comidas, alojamiento, y otras facilidades proporcionadas a mí por la Compañía en conexión a mi empleo.
- (9) Los honorarios administrativos con respecto al embargamiento tribunal ordenado o fijaciones legalmente-necesarios de sueldo, limitado en la extensión a la cantidad o cantidades permitió bajo leyes aplicables.
- (10) Si tomo vacaciones o reposo por enfermedad pagados en avance de la fecha que normalmente yo tendría derecho a ello y me separo de la Compañía antes del tiempo que se acumula para cubrir tal tiempo avanzado, el valor de tal tiempo que se avanzó y que no es cubierto.
- (11) El valor de cualquier tiempo por ausencias que fue pagado y al que no incluye tiempo libre con paga no es aplicada (\_\_\_\_\_ los empleados en salario tendrán el tiempo tomado descontado en unidades de un día completo a la vez).
- (12) Si mi empleador paga cualquier \_\_\_\_\_ de seguros o contribuciones de sistema de jubilación en mi beneficio que haría normalmente bajo el plan aplicable del beneficio de la Compañía, la cantidad de tales pagos hechos por la Compañía, tales pagos que son y avanzaron de futuros sueldos pagaderos a mí.

Acepto que la Compañía puede descontar dinero de mi paga si las circunstancias arriba, o si cualquiera de las circunstancias llegaran a ocurrir.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Empleado

\_\_\_\_\_  
Representante de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ACUERDO DE EMPLEADO Y CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN DE DROGA Y/O ALCOHOL**

Yo concuerdo por la presente, sobre la petición de prueba de droga/alcohol bajo la política de la Compañía Terra Firma Materials LLC., proporcionar una muestra de mi orina, aliento y/o la sangre para análisis. Entiendo y comprendo que si yo en cualquier momento rehúso someterme a una prueba de droga o alcohol bajo política de la Compañía, o si yo de otro modo fallo cooperar con los procedimientos de prueba, seré sujeto a terminación inmediata. Autorizo aún más y doy el permiso lleno a la Compañía y/o al médico de la Compañía de enviar el espécimen o los especímenes colectados a un laboratorio para examen de investigación buscando la presencia de alguna sustancia prohibida bajo la política de la Compañía, y para el laboratorio u otra facilidad de prueba para soltar cualquier y toda documentación que relacione la prueba a la Compañía y/o a cualquier entidad gubernamental implicada en un acto o la investigación legales conectados con la prueba. Por último, yo autorizo la entidad implicada en el acto de investigación legal conectado con la prueba.

Liberare de responsabilidad a la Compañía, al médico de la Compañía, y cualquier laboratorio de prueba que la Compañía quizás utilice, significando que yo no demandaré ni tendré responsables a tales partidos por ningún daño a mí persona como resultado de los exámenes, incluyendo la pérdida de empleo o cualquier otra clase de movilización adversa que quizás surja a consecuencia de la prueba de la droga o el alcohol, incluso si un representante de la Compañía o el laboratorio hace un error en la administración o el análisis de la prueba o la cobertura de los resultados. Liberare de responsabilidad aún mas a la Compañía, al médico de la Compañía, y cualquier laboratorio de prueba que la Compañía que quizás utilice por algún daño pretendido a mí que quizás resulte de la liberación o el uso de la información dentro del alcance de esta política y de los procedimientos como es explicado en el párrafo arriba.

Esta política y la autorización han sido explicadas a mí, en un idioma que comprendo, y he sido instruido que si tengo cualquier pregunta acerca de la prueba o la política, serán contestados.

COMPRENDO QUE LA COMPAÑIA REQUERIRA UNA PRUEBA DE DROGA BAJO ESTA POLITICA SIEMPRE QUE SEA IMPLICADO EN UN ACCIDENTE DENTRO DEL TRABAJO O ADQUIERA HERIDA/S BAJO CIRCUNSTANCIAS QUE SUGIERAN LA PARTICIPACION O LA INFLUENCIA POSIBLES DE DROGAS O ALCOHOL EN EL ACONTECIMIENTO DEL ACCIDENTE O LA HERIDA/S.

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Nombre de Empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre de Representante de la Compañía

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha