

## APLICACIÓN DE EMPLEO

### Información Personal:

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_

Apt. /Unidad \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad \_\_\_\_\_

Estado/Provincia/Región \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Años de residencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Direcciones anteriores:** Indique cualquier otra dirección en la que haya vivido durante los últimos 3 años, si corresponde:

<b><u>Dirección:</u></b>	<b><u>Apt.</u></b>	<b><u>Ciudad</u></b>	<b><u>Estado</u></b>	<b><u>Código postal:</u></b>	<b><u>Años en la dirección:</u></b>

**Empleo anterior:** Proporcione lo siguiente para los últimos (3) empleadores:

¿Podemos comunicar con su supervisor anterior para obtener una referencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección del empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre del supervisor

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Responsabilidades del puesto de trabajo

\_\_\_\_\_  
Desde

\_\_\_\_\_  
Hasta

\_\_\_\_\_  
Razón para irse

¿Podemos comunicar con su supervisor anterior para obtener una referencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección del empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre del supervisor

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Responsabilidades del puesto de trabajo

\_\_\_\_\_  
Desde

\_\_\_\_\_  
Hasta

\_\_\_\_\_  
Razón para irse

¿Podemos comunicar con su supervisor anterior para obtener una referencia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección del empleado

\_\_\_\_\_  
Nombre del supervisor

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Responsabilidades del puesto de trabajo

\_\_\_\_\_  
Desde

\_\_\_\_\_  
Hasta

\_\_\_\_\_  
Razón para irse

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha disponible para comenzar

¿Qué puesto está solicitando?  
los Estados Unidos? Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Está usted legalmente autorizado para trabajar en

Estatus Legal (Por favor circule)

(Por favor marque). Estadounidense    Visa de trabajo    Residente permanente

Si no es ciudadano estadounidense,  
¿Está autorizado/a trabajar en los EE. UU.?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si trabajó anteriormente para Hope Home Care, LLC, proporcione las fechas de inicio y finalización: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia

Relación Número de teléfono

**Historia de la Educación:**

Nombre de la escuela secundaria

Años

Nombre del colegio

Años

Título, si lo hubiere Entrenamiento especial

Habilidades especiales

**Antecedentes penales/acciones disciplinarias:**

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito que implique violencia o deshonestidad en un tribunal estatal o federal de cualquier estado? \*

\***NOTA:** No está obligado a revelar la existencia de ninguna información de antecedentes penales borrada. La información de antecedentes penales borrada son registros relacionados con un hallazgo de delincuencia o que un niño era miembro de una familia con necesidades de servicios, una adjudicación como delincuente juvenil, un cargo penal que ha sido desestimado o anulado, un cargo penal por el cual una persona ha sido declarada inocente o una condena por la cual recibió un indulto absoluto o antecedentes penales que se borran de conformidad con una ley o por otra operación de la ley. Se considerará que cualquier persona con información de antecedentes penales borrada nunca ha sido arrestada en el sentido de los estatutos generales con respecto al proceso así borrado y podrá jurar bajo juramento. \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**En caso afirmativo explicar:**

---

---

---

¿Alguna vez ha estado sujeto a alguna decisión que imponga medidas disciplinarias por parte de una agencia de licencias en cualquier estado, o el Distrito de Columbia, una posesión o territorio de los Estados Unidos o una jurisdicción extranjera? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, *explíquelo por favor*:

**Certificaciones:**

**Por favor marque todos los que apliquen:**

\_\_\_ CNA \_\_\_ Asistente de atención médica domiciliaria \_\_\_ PCA \_\_\_ LPN

**Referencias (identifique tres personas no relacionadas que haya conocido) durante al menos un año).**

Nombre	Dirección/Teléfono	Tipo de la relación	Años conocidos
1.			
2.			
3.			

Certifico que las declaraciones que hice en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender y están hechas de buena fe. Entiendo que si, a sabiendas, hago declaraciones erróneas sobre los hechos, estoy sujeto a descalificación, despido u otra acción de conformidad con la política y el procedimiento de la agencia de empleo, sujeto a sanciones penales según lo prescrito por la ley.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento y las referencias y empleadores enumerados anteriormente para brindarle toda la información sobre mi empleo anterior y cualquier información pertinente que puedan tener, personal o de otro tipo, y libero a Hope Home Care, LLC de toda responsabilidad y daños. que surjan de la obtención o uso de esa información por parte de Hope Home Care, LLC. También entiendo que todo empleo en Hope Home Care, LLC es a voluntad, lo que significa que no es por una duración específica y Hope Home Care, LLC o el empleado pueden terminarlo por cualquier motivo o sin motivo en cualquier momento, a menos que exista es un acuerdo por escrito y firmado por un representante autorizado de Hope Home Care, LLC. De conformidad con la ley federal, todas las personas contratadas deberán verificar su identidad y elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos y completar los documentos de verificación de elegibilidad laboral requeridos al momento de la contratación. Al firmar a continuación, entiendo que mi oferta de empleo puede ser revocada si no soy elegible para trabajar en los Estados Unidos.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_