

PARA NIÑOS DEL VALLE PEDIATRIC HOME HEALTH

APLICACION PARA EMPLEO

Nosotros consideramos aplicantes para todas las posiciones sin resguardar por edad, raza, color, religion, sexo, desventaja, condicion matrimonial o veterano, origen de nacionalidad, o condicion legal protectgido.

INFORMACION PERSONAL *(POR FAVOR ESCRIBA CLARO)*

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		TIENE 18 ANOS O ES MAYOR DE 18 ANOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NUMEROS DE TELEFONO: CASA:		CELULAR:	
ESTA LEGALMENTE AUTORIZADO PARA TRABAJAR EN LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DIRECCION ACTUAL	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
DIRECCION PERMANENTE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO SOCIAL	NUMERO DE LICENCIA: (O ID DEL ESTADO)	ESTADO DE DONDE ES LA LICENCIA / ID	
CONTACTO DE EMERGENCIA/RELACION:		NUMERO DE TELEFONO:	

EMPLEO DESEADO

POSICION	FECHA QUE PUEDE EMPEZAR	SALDO POR HORA QUE DESEA
ESTA DISPONIBLE PARA TRABAJAR: <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> NOCHES <input type="checkbox"/> FIN DE SEMANA <input type="checkbox"/> OTRO :		
AHORITA ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ESTA, PODEMOS HABLAR CON SU SUPERVISOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
HA APLICADO PARA ESTA AGENCIA ANTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUANDO?	
HA TRABAJADO ANTES PARA ESTA AGENCIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUANDO?	
RAZON POR IRSE		
NOMBRE DEL ULTIMO SUPERVISOR EN ESTA AGENCIA		
QUIEN LO REFERIO A ESTA AGENCIA? <input type="checkbox"/> AGENCIA DE EMPLEO <input type="checkbox"/> PERIODICO <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> INTERNET		
<input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> OTRO:		

EDUCACION

NIVEL ESCOLAR	NOMBRE Y LUGAR DE LA ESCUELA	NO. DE ANOS ATENDIDOS	SE GRADUO?	DIPLOMAS OBTENIDOS?
PREPARATORIA				
UNIVERSIDAD O COLEGIO				
OTRA ESCUELA				

EMPLEO PREVIO

ANOTE DEBAJO LOS ULTIMOS TRES TRABAJOS, EMPEZANDO CON EL MAS RECIENTE

NOMBRE DEL PRESENTE O ULTIMO EMPLEO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE INICIAR	FECHA DE TERMINAR	TITULO DE SU TRABAJO	
SALDO AL COMIENZO	SALDO FINAL	PODEMOS CONTACTAR A SU SUPERVISOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO	TELEFONO	
DESCRIPCION DE SU EMPLEO			
RAZON POR IRSE			

NOMBRE DEL PRESENTE O ULTIMO EMPLEO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE INICIAR	FECHA DE TERMINAR	TITULO DE SU TRABAJO	
SALDO AL COMIENZO	SALDO FINAL	PODEMOS CONTACTAR A SU SUPERVISOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO	TELEFONO	
DESCRIPCION DE SU EMPLEO			
RAZON POR IRSE			

NOMBRE DEL PRESENTE O ULTIMO EMPLEO			
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE INICIAR	FECHA DE TERMINAR	TITULO DE SU TRABAJO	
SALDO AL COMIENZO	SALDO FINAL	PODEMOS CONTACTAR A SU SUPERVISOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO	TELEFONO	
DESCRIPCION DE SU EMPLEO			
RAZON POR IRSE			

REFERENCIAS

DE LOS NOMBRES DE 3 PERSONAS A QUIEN NO TENGA PARENTESO CON USTED O A QUIEN CONOZCA POR LOS MENOS UN AÑO.

	NOMBRE	NUMEROS DE TELEFONO	OCUPACION	ANOS CONOCIDO
1				
2				
3				

HA SIDO REPORTADO AL REGISTRO DE MISCONDUCTA O REGISTRO DE ASISTENTE DE ENFERMERA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
HA SIDO CONDENADO DE UN DELITO MENOR O FELONIA DENTRO DE LOS ULTIMOS 5 ANOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SI LAS RESPUESTA ES SI, EXPLIQUE EL POR QUE (ESTO NO NECESARIAMENTE LO EXCLUIR DE SER CONSIDERADO):

AUTORIZACION

"YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE HE DADO EN ESTA APLICACION ES VERDADERA Y COMPLETA Y ENTIENDO QUE SI SOY CONTRATADO, TESTIMONIOS FALSOS EN ESTA APLICACION SERA RAZONES POR LA TERMINACION DE TRABAJO. YO TAMBIEN ENTIENDO QUE SOY REQUERIDO DE SEGUIR TODAS LAS REGLAS Y REGULACIONES DE ESTE EMPLEO.

YO AUTORIZO LA INVESTIGACION DE TODAS LAS DECLARACIONES CONTENIDAS, LAS REFERENCIAS Y EMPLEOS ESCRITO ARRIBA PARA QUE DEN TODA LA INFORMACION RELACIONADO A MI PREVIO EMPLEO Y CUALQUIER INFORMACION PERTINENTE QUE TENGAN, PERSONAL O OTRO. DOY CESION A LA AGENCIA DE TODA RESPONSABILIDAD POR QUALQUIER DANO QUE RESULTE SOBRE UTILIZANDO DADA INFORMACION.

YO TAMBIEN ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE NINGUN REPRESENTANTE DE ESTA AGENCIA TIENE LA AUTORIZACION DE ESTABLECER NINGUN CONTRATO PARA EMPLEO POR CUALQUIER DADO TIEMPO, O DE HACER NINGUN CONTRATO AL CONTRARIO DE RENUNCIO, SOLAMENTE SI ESTA EN ESCRITO AND FIRMADO POR ALGUN REPRESENTANTE AUTORIZADO POR LA AGENCIA.

YO ENTIENDO Y ACEPTO QUE SOLAMENTE DEFINIDO POR LA LEY APLICABLE QUE CUALQUIER RELACION DE EMPLEO CON ESTA ORGANIZATION ES DE FORMA "EN VOLUNTAD," CUAL SIGNIFICA QUE EL EMPLEADO PUDE RESIGNAR AL CUALQUIER TIEMPO Y EL EMPLEO PUEDE DESPEDIR AL EMPLEADO A CUALQUIER TIEMPO SIN OR CON CAUSA. ESTA ENTENDIDO QUE ESTA "EN VOLUNTAD" RELACION DE EMPLEO NO PUEDE SER CAMBIADO POR NINGUN DOCUMENTO EN ESCRITO O POR CONDUCTA SOLAMENTE QUE ESTE CAMBIO SEA ESPECIFICADAMENTE RECONOCIDO EN ESCRITO POR UN EJECUTIVO AUTORIZADO DE ESTA AGENCIA.

FECHA

FIRMA