

El Encanto Inc, dba Bueno Foods Inc
 2001 4th Street
 Albuquerque, NM 87102
 (505) 243-2722
 (505) 242-1680 FAX

BUENO FOODS

Solicitud de Empleo



INFORMACION PERSONAL

NOMBRE _____
 APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

DIRECCION ACTUAL _____
 # CALLE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO: LADA (_____) _____ MENSAJE (_____) _____

EMPLEO DESEADO

ESTA BUSCANDO: TIEMPO COMPLETO _____ MEDIO TIEMPO _____

PARA CUAL POSICION _____ CUANDO PUEDE EMPEZAR? _____

DONDE SUPO ACERCA DE ESTA POSICION?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALBUQUERQUE JOURNAL | <input type="checkbox"/> OTRO SITIO EN LA RED | <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE BUENO FOODS |
| <input type="checkbox"/> OTRO PERIODICO | <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE LABOR | <input type="checkbox"/> DE PASAR |
| <input type="checkbox"/> WWW.BUENOFOODS.COM | <input type="checkbox"/> AGENCIA DE COLOCACIONES | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |

ESTA EMPLEADO ACTUALMENTE? _____ SI ES QUE SI, PODEMOS CONTACTAR A SU PATRON? _____

EDUCACION: Nombre, dirección, y ubicación de la escuela	ULTIMO AÑO COMPLETADO	SE GRADUO?	FECHA DE GRADUACION
PREPARATORIA O GED:			
COLEGIO O UNIVERSIDAD:			
FACULTAD:	TITULO:		
EDUCACION ADICIONAL O ENTRENAMIENTO OCUPACIONAL O TECNICO:			
ESCUELA	CURSOS/ AREA DE ESTUDIAR	COMPLETADO?	FECHA COMPLETADA

Ha trabajado con Bueno Foods anteriormente? SI _____ NO _____ Cuando? _____

Ha llenado una aplicación con Bueno Foods antes? SI _____ NO _____ Cuando? _____

Alguna vez, le ha despedido o le ha pedido renunciar su trabajo?..... SI _____ NO _____

Alguna vez, lo han condenado de algún crimen (que no fuera una violación menor de transito)? SI _____ NO _____

Si es que Si, explique: _____

Exclusivamente para trabajos de manejo: Tiene una licencia valida? SI _____ NO _____

Numero de licencia: _____ Clase de licencia: _____

Nunca le han revocado o suspendido su licencia en los últimos 3 años? SI _____ NO _____

Tiene algún familiar que trabaja para o ha trabajado para Bueno Foods? SI _____ NO _____

HISTORIA DE TRABAJO (Nombre a sus últimos dos empleadores, empezando con lo mas recién)

Nombre/Dirección/Teléfono	Nombre de su Supervisor	Fechas de Empleo	Pago \$
_____	_____	_____/_____/_____ Desde (mes/año)	\$ _____ (principio)
(_____)	_____	_____/_____/_____ Hasta (mes/año)	\$ _____ (termino)
Posición:	_____	Razón por haber salido:	
_____	_____	_____	
Tareas:	_____	_____	

Nombre/Dirección/Teléfono	Nombre de su Supervisor	Fechas de Empleo	Pago \$
_____	_____	_____/_____/_____ Desde (mes/año)	\$ _____ (principio)
(_____)	_____	_____/_____/_____ Hasta (mes/año)	\$ _____ (termino)
Posición:	_____	Razón por haber salido:	
_____	_____	_____	
Tareas:	_____	_____	

Nombre/Dirección/Teléfono	Nombre de su Supervisor	Fechas de Empleo	Pago \$
_____	_____	_____/_____/_____ Desde (mes/año)	\$ _____ (principio)
(_____)	_____	_____/_____/_____ Hasta (mes/año)	\$ _____ (termino)
Posición:	_____	Razón por haber salido:	
_____	_____	_____	
Tareas:	_____	_____	

Como Empleador de Oportunidades Equilibradas (EEO), Bueno Foods tiene la póliza de buscar y contratar a personas sin consideración de su: raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad, estado del veterano, orientación sexual, identificación de género o cualquier otro estado protegido por la ley.

AFFIRMACION

Yo certifico que las respuestas y declaraciones que he dado a las preguntas antes mencionadas son la verdad sin omisiones importantes de cualquier tipo. Estoy de acuerdo de que la compañía no será responsable en cualquiera manera si mi empleo se terminara por falsedad de declaraciones hechas por mí en este cuestionario. Además, autorizo a las compañías, escuelas, o personas nombradas arriba que den cualquiera información con respecto a mi empleo, carácter, y calificaciones. Entiendo que declaraciones falsas o malentendidas pueden resultar en una aplicación anulada, y si empleado, en terminación. Entiendo que esta aplicación no es en ninguna manera un contrato de empleo y si me emplean es por la voluntad del empleador y que mi empleo puede ser terminado a su voluntad, en cualquier momento, con o sin causa. La única obligación del empleador es de pagar el sueldo acordado a la hora de la terminación. En fin, entiendo que toda la propiedad de la compañía se debe devolver y cualquier adeudo de tiene que pagar antes de mi terminación. Autorizo a la compañía que descuenten de mi cheque de pago final todo el dinero que debo a la compañía.

FIRMA _____

FECHA _____

APLICACION EEO o INFORMACION DE ACCION AFIRMATIVA

Es la póliza de esta organización que se procure la misma oportunidad de empleo a todos los aplicantes calificados sin consideración de su raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad, estado del veterano, orientación sexual, identificación de género o cualquier otro estado protegido por la ley.

EL RELLENAR DE ESTA FORMA ES VOLUNTARIO Y EN NINGUA MANERA AFECTUA LA DECISION CON RESPECTO A SU SOLICITUD DE EMPLEO. ESTA FORMA ES CONFIDENCIAL Y SERA GUARDADO APARTE DE SU APLICACION.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Posición deseada (*nombre una nada más*): _____

Cual es su raza/origen étnica?

- Blanco
- Hispano o Latino
- Indígena Americana/Nativo de Alaska
- Afro Americano
- Asiático
- Nativo de Hawai o de otra isla del Pacifico
- Otro
- Dos o mas razas

Cual es su sexo?

- Masculino
- Femenina

Es usted Veterano de Vietnam? SI _____ NO _____

Una persona que servio activamente por un periodo de mas de 180 días, durante cualquiera parte del periodo entre 8/5/64 y 5/7/75, y salio de servicio por discapacidad o por cualquier motivo que no fuera de deshonor.

Es usted veterano discapacitado? SI _____ NO _____

Una persona con derechos de compensación de discapacidad según las leyes administradas por la Administración de Veteranos por una discapacidad reportada a 30% o mas, o una persona quien salio del servicio activo por una discapacidad aflagida u ocurrida durante su servicio.

Tiene usted alguna discapacidad física o mental? SI _____ NO _____

Una persona quien tiene una discapacidad física o mental que limita substancialmente una o mas de las actividades de la vida, o quien un record de tal discapacidad, o quien se considera como discapacitado en esta manera.
