

SOLICITUD DE EMPLEO
101 BOX CAR RD
BROWNSVILLE, TX 78521



Consideramos a los solicitantes para todos los puestos, sin diferencia de raza, color, religión, credo, genero, nacionalidad, edad, incapacidad física o mental, estado civil, condición de veterano de guerra, orientación sexual ni ninguna otra condición protegida por la ley.

Nombre:		<input type="checkbox"/> Autorizado para trabajar EE.UU.		<input type="checkbox"/> Bilingüe	<input type="checkbox"/> Español
				<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	No. de Teléfono:
Puesto Solicitado:	Disponible Para:		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Fines de Semana	<input type="checkbox"/> Tiempo Extra
				<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Días Festivos
Contacto Alternativo:	Relación:	Dirección:	Ciudad:	No. de Teléfono:	

EN CASO DE EMERGENCIA – NOTIFICAR:

Nombre	Relación	No. de Teléfono

EDUCACION Y ENTRENAMIENTO

Primaria	Secundaria	Preparatoria	Colegio	Habilidades	Especialización
		1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otras habilidades y entrenamientos					

EXPERIENCIA LABORAL (La experiencia más reciente primero)

Nombre y Dirección	Puesto (s) a Cargo	Fechas (Inicio – Fin)

¿En qué fecha estará disponible para trabajar? _____			
¿Ha trabajado en esta empresa anteriormente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha : _____
¿Trabaja actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Empleador: _____
¿Ha sido convicto de un crimen o el cargo fue aplazado? Si su respuesta es “Sí”, explique con detalles conciso en una hoja de papel, la fecha y ofensa, nombre y dirección de la corte y la disposición del caso. Una convicción no lo descalifica pero una declaración falsa sí.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez, solicitaste los beneficios de compensación del trabajador?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha : _____ Empleador: _____
* Si se le contrata se le pedirá prueba de autorización para trabajar en EE.UU.			

Nota para el solicitante: No conteste esta pregunta a menos que le hayan informado sobre los requisitos del empleo que solicita.

¿Puede ejecutar de manera razonable las actividades que deberá realizar en el empleo u ocupación que solicita? Se adjunta una descripción de las actividades en dicho empleo u ocupación.

Sí No

REFERENCIAS

Nombre	No. de Teléfono	Dirección
1.		
2.		
3.		

DECLARACION DEL SOLICITANTE

Autorizo la investigación de todas las declaraciones que aparecen en esta solicitud de empleo que sea necesaria para tomar una decisión sobre el puesto de trabajo que solicito.

Esta solicitud de empleo se considerará activa durante un periodo que no excederá los 45 días. Los solicitantes que deseen que se les considere para puestos de trabajo después de este periodo de tiempo, deberá preguntar si se aceptan o no solicitudes en ese momento.

Por la presente entiendo y acepto que a menos que fuera de otra manera las leyes aplicables, todas las relaciones de trabajo con esta empresa serán de tipo "a voluntad" por lo que el Empleado podrá renunciar en cualquier momento y que el Empleador podrá despedir al Empleado en cualquier momento sin causa. Además, se entiende que la relación de trabajo "a voluntad" no se podrá cambiar mediante escrito o por costumbre, a menos que un ejecutivo autorizado de esta empresa lo haya aceptado

En caso que se me contrate, entiendo que de haber hecho una declaración falsa en mi solicitud o en mi(s) entrevista(s) puede resultar en mi despido. Entiendo, además que debo seguir todas las regulaciones y reglamentos de mi empleador.

Firma del Solicitante

Fecha

FOR PERSONNEL DEPARTMENT USE ONLY

Employee Name	Employee ID#	Position	Schedule	Rate
E-Verify: _____	O.A.G: _____	Dependents: _____	Probationary Period: <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> N/A	
Employee hired? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DOH: _____	Locker # _____		
<input type="checkbox"/> W9	<input type="checkbox"/> DL / ID / Passport / SS Card	<input type="checkbox"/> Orientation _____	<input type="checkbox"/> Physical/Renewal _____	
Comment:				

Date of Interview _____

Supervisor Name _____

Supervisor's Signature _____ HR Signature _____



ADENDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO DE ASM(“SUPLEMENTO”)

PARA LAS POSICIONES DE LLENAR QUE SE RELACIONEN CON LOS CONTRATOS GUBERNAMENTALES DONDE EL TRABAJO DEBE SER REALIZADO POR CIUDADANOS EE.UU.

Su solicitud de empleo con All Star Metals, LLC (“ASM” o la “Compañía”) se está considerando en relación con los negocios de la Compañía debido a una oferta presentada ante el Departamento de Defensa de los EE.UU. (DoD) para desmantelar uno o más portaaviones asegurados y clasificados de la Marina. En caso de que se otorgara, el contrato del gobierno mandato requiere que todo el trabajo necesario se realice por ciudadanos estadounidenses. Este es un requisito esencial para cualquier persona realizando el trabajo bajo el contrato con el gobierno. Por lo tanto, para que la empresa determine si está calificado para efectuar dicho trabajo, marque una de las casillas de abajo para indicar su estatus de ciudadanía.

Si. Soy un ciudadano de los EE.UU. y autorizado para trabajar en E.U.

No. Estoy autorizado para trabajar en los EE.UU., pero no soy un ciudadano de los EE.UU

Entiendo que la declaración del solicitante en la página 2 de la solicitud de empleo de ASM también se aplica a las declaraciones hechas por mí en relación con el presente adenda y que en el caso del empleo, las falsedades o mal interpretaciones será motivo de despido inmediato, independientemente de cuándo se descubrió. Todas las ofertas de empleo con ASM están condicionadas a una verificación de antecedentes, incluyendo la finalización con éxito de la Forma I-9 y el proceso de E-Verify para confirmar su elegibilidad para trabajar.

ASM es una igualdad de oportunidades de empleo y considera que los solicitantes de todas las posiciones sin importar raza, color, religión, credo, sexo, origen nacional, discapacidad, estado civil o de veterano o cualquier otra categoría protegida por la ley federal estatal o local. Esta Adenda no se considerara o se utiliza como la base para cualquier decisión de empleo a menos que se está considerando la posición en relación con las obligaciones de ASM bajo contrato con el gobierno.



All Star Metals LLC

Invitación a identificarse

Debido al tamaño de todos los metales estrella, LLC ("ASM") o porque tenemos importantes contratos con el gobierno federal, estamos obligados a recoger, compilar y reportar cierta información demográfica sobre los empleados y trabajo a los solicitantes el Departamento estadounidense de trabajo (DOL) o la Comisión igualdad de oportunidad de empleo (EEOC). Esta información se divulga al gobierno en su conjunto, sin nombres u otra información identificable individualmente.

El gobierno sugiere que invitamos a empleados y postulantes a proporcionarnos la información directamente. Estamos de acuerdo en que este enfoque produce información más precisa. No es necesario responder. Sin embargo, pedimos que lo haga porque queremos que nuestros registros y estadísticas para ser lo más preciso posible. Aparte de como se requiere en relación con el proceso de presentación de informes requiere la información que usted envíe se mantendrá confidencial y utilizada sólo en la medida compatible con el derecho. No será divulgada a su supervisor o gerente. Please place a check in the appropriate boxes below.

Usted necesitará completar las cuatro secciones (véase al dorso de este formulario para las definiciones) – si no desea completar la información, por favor marque la casilla "Opta por no completar" en la parte inferior de este formulario.

(1) Gender - Check One:

- Female
- Male

(2)A. Race/Ethnicity - Check One:

- Hispanic or Latino
- Not** Hispanic or Latino

(2)B. Race/Ethnicity - Check One:

(Only if Not Hispanic or Latino)

- American Indian/Alaska Native
- Asian
- Black/African American
- Native Hawaiian/Pacific Islander
- White
- Two or More Races

(3) Veteran Status - Check One:

- Me identifico como uno o más de las clasificaciones de los veteranos protegidas enumerados a continuación
- No soy un veterano protegido
- Me niego a revelar mi veteranía

-
- Opta por no completar**

Por favor devuelva al Departamento de recursos humanos

Nombre del solicitante (por favor imprima)

Definitions: Race/Ethnicity

- **Hispano o Latino** – una persona de origen independientemente de su raza o cultura española cubana, mexicana, puertorriqueña, del sur o América Central u otra.
- **Indio americano o Alaska nativo (no hispano o Latino)** – una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantener el accesorio para afiliación o comunidad tribal.
- **Asia (no hispano o Latino)** – una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del lejano Oriente, sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, la isla de Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- **Negro o afro americano (no hispano o Latino)** – una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- **Nativo hawaiano u otros isleños del Pacífico (no hispano o Latino)** – una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- **Blancos (no hispanos o latinos)** – una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente medio o África del norte.
- **Dos o más razas (no hispanos o latinos)** – las personas que se identifican con dos o más categorías de raza/etnia nombrados arriba.

Definitions: Veteran Status

- **Veterano discapacitado** - uno de los siguientes:
 - un veterano de las fuerzas armadas de Estados Unidos, tierra, naval o aire servicio quién tiene derecho a una indemnización (o que, pero para el recibo de paga militar retirado tendría derecho a indemnización) bajo leyes administradas por el Secretario de asuntos de veteranos; o
 - una persona que haya sido descargada o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- **Recientemente separada veterano** cualquier veterano durante los tres años período que comienza en la fecha de descarga de estos veteranos o lanzamiento del servicio activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos, ground, naval, o servicio aéreo.
- **Guerra de servicio activo o campaña de placa veterano significa un veterano** que sirvió en el servicio activo en el ejército estadounidense, suelo, naval o aéreo servicio durante una guerra, o en una campaña o expedición para la cual una insignia de campaña ha sido autorizada bajo las leyes administradas por el Departamento de defensa.
- **Veterano de medalla de servicio de las fuerzas armadas** un veterano que, al mismo tiempo de servicio activo en el ejército estadounidense, de tierra, naval o aéreo servicio, participaron en una operación militar de Estados Unidos, para el cual fue galardonado con una medalla de servicio de las fuerzas armadas en virtud del Decreto Ejecutivo 12985.

Nota: Los veteranos protegidos pueden tener derechos adicionales bajo USERRA - el empleo de los servicios uniformados y ley de derechos de recontractación. En particular, si estabas ausente del empleo con el fin de realizar el servicio en el servicio uniformado, usted puede tener derecho a ser recontractado deberes por su empleador en la posición que habría obtenido con certeza razonable si no fuera por la ausencia debido al servicio. Para obtener más información, llame del Departamento de trabajo veteranos empleo y formación servicio (veterinarios), gratis, al **1-866-4-USA-DOL**.

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Ceguera
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis cerebral
- VIH/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia muscular
- Trastorno bipolar
- Depresión aguda
- Esclerosis múltiple (EM)
- Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas
- Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)

Favor marcar una de las casillas siguientes:

SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)

NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD

NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en ingles) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.