



EMPLOYMENT APPLICATION
2633 MCKINNEY AVE STE
130-164
DALLAS TX 75204

ALL INCOMPLETE APPLICATIONS WILL BE REJECTED

PERSONAL INFORMATION (Información)

FIRST NAME (Nombre)	MIDDLE (Segundo Nombre)	LAST (Apellido)	DATE (Fecha)
STREET ADDRESS (Dirección)			HOME TELEPHONE NUMBER (Núm. de teléfono)
CITY, STATE ZIP (Ciudad, Estado, Código Postal)			CELL PHONE NUMBER (Núm. de celular)
HAVE YOU EVER APPLIED FOR EMPLOYMENT OR WORKED FOR THIS COMPANY BEFORE? YES _____ NO _____ IF YES PLEASE GIVE DATES:			SOCIAL SECURITY NUMBER (Núm. de seguro social)
POSITION DESIRED (Puesto)			PAY EXPECTED (Sueldo Deseado)
ARE YOU AGE 18 OR OLDER? (¿Es usted 18 o más años?)		WHO REFERRED YOU FOR EMPLOYMENT? (Recomendado Por)	
DO YOU HAVE A VALID DRIVERS LICENSE? (¿Tiene usted una licencia de conducción?)		TYPE AND CLASS (Tipo y Clase de licencia)	DRIVERS LICENSE NUMBER (Núm. de licencia)
ARE YOU A CITIZEN OF THE UNITED STATES: (¿Es usted un ciudadano de los estados unidos?) YES _____ NO _____ IF NO, TYPE OF VISA: (Tipo de visa)			VISA NUMBER (Núm. de Visa)
HAVE YOU EVER BEEN DISCHARGED OR FORCED TO RESIGN FROM ANY POSITION? (Alguna vez ha sido despedido o forzado a renunciar a cualquier posición?) YES _____ NO _____ IF YES, DESCRIBE IN FULL:			
HAVE YOU EVER BEEN CONVICTED OF A FELONY? (¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?) YES _____ NO _____ IF YES, DESCRIBE IN FULL:			

EDUCATION AND TRAINING (Educación)

PLEASE CIRCLE THE HIGHEST GRADE COMPLETED:																
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	GED	COLLEGE	1	2	3	4
SCHOOL (Escuela)				NAME AND LOCATION OF SCHOOL				COURSE OF STUDY (¿Estudia Ud.?)				DEGREE / DIPLOMA				
ELEMENTARY (Primaria)																
HIGH SCHOOL (Secundaria)																
BUSINESS / TRADE																
COLLEGE (Colegio)																
GRADUATE																

PREVIOUS EMPLOYMENT AND WORK HISTORY (La historia de trabajo)			
PLEASE GIVE ACCURATE FULL TIME AND PART TIME WORK RECORD. START WITH YOUR MOST RECENT EMPLOYER			
ONE	COMPANY NAME (Empresa)		TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)		EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para FROM TO esta empresa por... (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)		WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)		REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)
TWO	COMPANY NAME (Empresa)		TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)		EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para FROM TO esta empresa por... (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)		WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)		REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)
THREE	COMPANY NAME (Empresa)		TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)		EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para FROM TO esta empresa por... (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)		WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)		REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)
FOUR	COMPANY NAME (Empresa)		TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)		EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para FROM TO esta empresa por... (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)		WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)		REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)

HAVE YOU EVER HELD ONE OF THE FOLLOWING POSITIONS? (CHECK IF APPLICABLE)					
CARPENTER FORMAN	_____	DUMP TRUCK DRIVER	_____	REBAR SETTER	_____
CONCRETE FINISHER	_____	ELECTRICIAN	_____	REBAR FOREMAN	_____
CONCRETE LABORER	_____	MECHANIC	_____	SURVEYOR	_____
CONSTRUCTION LABORER	_____	PIPE FITTER	_____	WELDER	_____
FINISH CARPENTER	_____	PLUMBER	_____	LANDSCAPING	_____
FORM BUILDER	_____	STRUCTURAL STEEL SETTER	_____	STONE WORK	_____
				IRRIGATION	_____

PLEASE LIST ANY EQUIPMENT THAT YOU CAN RUN: (Haga una lista de equipos que se pueden ejecutar)

MILITARY HISTORY (Historia Militar)		
HAVE YOU SERVED IN THE ARMED FORCES? (¿Ha servido en las fuerzas armadas?)		
YES _____	NO _____	IF YES, WHICH BRANCH
DESCRIBE ANY TRAINING RECEIVED RELEVANT TO THE POSITION FOR WHICH YOU ARE APPLYING: (DESCRIBA CUALQUIER INSTRUCCION QUE USTED RECIBIO QUE LE AYUDARIA)		

PERSONAL REFERENCES (Referencias)		
ONE (Uno)	NAME (Nombre)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	YEARS KNOWN (Núm. años conoce.)
	OCCUPATION (Puesto)	
TWO (Dos)	NAME (Nombre)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	YEARS KNOWN (Núm. años conoce.)
	OCCUPATION (Puesto)	
THREE (Tres)	NAME (Nombre)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	YEARS KNOWN (Núm. años conoce.)
	OCCUPATION (Puesto)	

FOR EMPLOYER'S USE ONLY (Para uso del empleador sólo)		
REFERENCE CHECK	EMPLOYER OR PERSONAL REFERENCE CONTACTED	RESULTS
	ADDITIONAL COMMENTS:	

HEALTH QUESTIONNAIRE

INDICATE WHETHER YOU HAVE HAD OR NOW HAVE ANY OF THE FOLLOWING DISABILITIES OR INJURIES.
PLEASE EXPLAIN EACH "YES" ANSWER.

1) DATE OF LAST PHYSICAL EXAM: _____

2) HAVE YOU EVER DRAWN WORKER'S COMPENSATION? YES _____ NO _____

COMPANY NAME: _____

FOR HOW LONG? _____

DESCRIBE THE INJURY: _____

3) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO HANDS OR FINGERS? YES _____ NO _____

4) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO ARMS, INCLUDING WRIST OR ELBOWS? YES _____ NO _____

5) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO LEGS OR FEET, INCLUDING ANKLE AND KNEE? YES _____ NO _____

6) ANY DISABILITIES TO BODY, INCLUDING SHOULDER AND HIP? YES _____ NO _____

7) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO EYES? YES _____ NO _____

8) ARE YOU COLOR BLIND? YES _____ NO _____

9) ARE YOU SENSITIVE TO LOUD NOISES? YES _____ NO _____

10) DO YOU HAVE NY HEART DISEASE? YES _____ NO _____

11) DO YOU HAVE TUBERCULOSIS? YES _____ NO _____

12) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO EARS? YES _____ NO _____

13) DO YOU HAVE DIABETES? YES _____ NO _____

14) HAVE YOU EVER HAD AN HERNIA? YES _____ NO _____

15) DO YOU HAVE HIGH BLOOD PRESSURE? YES _____ NO _____

16) DO YOU HAVE ANY ALLERGIES (SKIN, MEDICINES, INSECTS)? YES _____ NO _____

17) HAVE YOU BEEN SUBJECT TO ANY OF THE FOLLOW: SUNSTROKE, MUSCLE STRAIN OR
FAINTING SPELLS? YES _____ NO _____

18) DO YOU HAVE EPILEPSY? YES _____ NO _____

19) HAVE YOU HAD A PREVIOUS BACK INJURY? IF SO, HOW WAS IT SUSTAINED? YES _____ NO _____

20) HAVE YOU HAD OR DO YOU HAVE PRESENT BACK PAIN? YES _____ NO _____

21) WHAT IS THE DATE OF YOUR LAST TETANUS IMMUNIZATION? YES _____ NO _____

22) IF YOU ANSWERED YES TO ANY OF THE ABOVE QUESTIONS, PLEASE PUT THE NUMBER OF THE QUESTION AND AN EXPLANATION BELOW:

23) NAMES, ADDRESS, AND PHONE NUMBER OF FAMILY PHYSICIAN:

24) IN CASH OF AN EMERGENCY, WHO SHOULD WE NOTIFY?

NAME

RELATIONSHIP

HOME PHONE

CELL

SALUD QUESTIONAIRE

INDIQUE SI HA TENIDO O AHORA TIENE CUALQUIERA DEL DISABILITES O HERIDAS SIGUIENTES
EXPLIQUE POR FAVOR SI CONTESTO SI A CUALQUIER PREGUNTA

1) La FECHA DE ULTIMO EXAMEN de FISICO : _____

2) ¿JAMAS HA DIBUJADO USTED COMPENSACION de TRABAJADOR? YES _____ NO _____

NOMBRE de COMPAÑIA : _____

¿PARA CUANTO TIEMPO? _____

DESCRIBA LA HERIDA : _____

3) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A MANOS O TOQUETEA? YES _____ NO _____

4) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A ARMAMENTOS, INCLUSIVE MUÑECA O DAR UI YES _____ NO _____

5) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A PIERNAS O PIES, INCLUSIVE TOBILLO Y RODI YES _____ NO _____

6) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD AI CUERPO, INCLUSIVE HOMBRO Y CADERA? YES _____ NO _____

7) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A OJOS? YES _____ NO _____

8) ¿ES CIEGO COLORAR? YES _____ NO _____

9) ¿DUELEN los RUIDOS FUERTES las OREJAS? YES _____ NO _____

10) ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA? YES _____ NO _____

11) ¿TIENE TUBERCULOSIS? YES _____ NO _____

12) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A OREJAS? YES _____ NO _____

13) ¿TIENE la DIABETES? YES _____ NO _____

14) ¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA HERNIA? YES _____ NO _____

15) ¿TIENE la HIPERTENSION? YES _____ NO _____

16) ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? YES _____ NO _____

17) ¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA INSOLACION, ESFUERZO de MUSCULO O DESVANECIMIENTOS? YES _____ NO _____

18) ¿TIENE EPILEPSIA? YES _____ NO _____

19) ¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA HERIDA DE ATRAS? YES _____ NO _____

20) ¿TIENE CUALQUIER DOLOR LUMBAR AHORA? YES _____ NO _____

21) ¿CUAL ES LA FECHA DE SU ULTIMA INMUNIZACION de TETANO? YES _____ NO _____

22) SI CONTESTO SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTES MENCIONADAS, PUSO POR FAVOR EL NUMERO DE LA PREGUNTA Y UN EXPLATION ABAJO

23) ¿QUE ES EL NOMBRE Y el NUMERO DE TELEFONO DE SU MEDICO FAMILIAR?

24) CONTACTO de EMERGENCIA

NOMBRE

RELACION

TELEFONO EN CASA

CELULA

APPLICANT'S SIGNATURE

PLEASE READ AND UNDERSTAND THIS STATEMENT BEFORE SIGNING YOUR APPLICATION

THE INFORMATION I HAVE PROVIDED IN THIS APPLICATION FOR EMPLOYMENT IS TRUE, CORRECT AND COMPLETE. I FULLY UNDERSTAND THAT FALSE, INCOMPLETE OR MISREPRESENTED INFORMATION OF ANY KIND WILL BE SUFFICIENT CAUSE FOR MY APPLICATION TO BE REJECTED OR, IF DISCOVERED AFTER I AM EMPLOYED, CAUSE FOR IMMEDIATE TERMINATION OF MY EMPLOYMENT.

EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND "REFERENCES" I PROVIDED, AND ANY OTHER PARTY NECESSARY TO VERIFY THE ACCURACY OF THE INFORMATION I DISCLOSED IN THIS APPLICATION, A RELATED EMPLOYMENT RESUME OR A PERSONAL INTERVIEW TO ASSIST IN THE PROCESSING OF MY APPLICATION, I WAIVE ALL RIGHTS AND CLAIMS I MAY OTHERWISE HAVE AGAINST THE EMPLOYER OR ITS REPRESENTATIVES, FOR SEEKING, AND USING INFORMATION TO EVALUATE MY EMPLOYMENT REQUEST AND ALL OTHER PERSONS, CORPORATIONS OR ORGANIZATIONS WHO PROVIDE INFORMATION.

THIS APPLICATION WILL EXPIRE IN 90 DAYS. AFTER THAT DATE, UNLESS OTHERWISE NOTIFIED, I UNDERSTAND THAT MY STATUS AS AN APPLICANT WILL END. I MAY RE-APPLY FOR EMPLOYMENT IN THE FUTURE BY COMPLETING A NEW APPLICATION.

I FULLY UNDERSTAND AND ACCEPT ALL TERMS AND CONDITIONS OF THE ABOVE STATEMENT.

SIGNATURE OF APPLICANT

DATE

FIRMA DEL SOLICITANTE

POR FAVOR LEA Y ENTIENDA LA PRESENTE DECLARACIÓN ANTES DE FIRMAR su aplicación.

LA INFORMACION que HE PROPORCIONADO EN ESTA APLICACION PARA el EMPLEO ES VERDAD, CORRIGE, Y COMPLETA. COMPRENDO COMPLETAMENTE QUE INFORMACION FALSA, INCOMPLETA O DISTORSIONADA DE CUALQUIER TIPO SERA CAUSA SUFICIENTE PARA MI APLICACION para SER RECHAZADO O, SI DESCUBRIO DESPUES DE QUE SEA EMPLEADO, la CAUSA PARA la TERMINACION INMEDIATA DE MI EMPLEO.

Las INSTITUCIONES Y las REFERENCIAS EDUCATIVAS que PROPORCIONE, Y CUALQUIER OTRO NECESARIO del PARTIDO para VERIFICAR LA CERTEZA DE LA INFORMACION yo REVELE EN ESTA APLICACION, UN RESUMEN RELACIONADO de EMPLEO O UNA ENTREVISTA PERSONAL para PARTICIPAR EN EL PROCESAMIENTO DE MI APLICACION, yo RENUNCIO TODOS los DERECHOS Y los RECLAMOS yo mayo DE OTRO MODO TIENE CONTRA EL EMPLEADOR O SUS REPRESENTANTES, PARA BUSCAR, Y PARA UTILIZAR INFORMACION para EVALUAR MI PETICION de EMPLEO Y a TODAS LAS OTRAS PERSONAS, las CORPORACIONES, O Las ORGANIZACIONES QUE PROPORCIONAN INFORMACION.

ESTA APLICACION EXPIRARA EN 90 DIAS. DESPUES DE ESA FECHA, A MENOS QUE DE OTRO MODO NOTIFICADO, yo COMPRENDA QUE MI ESTATUS COMO UN SOLICITANTE TERMINARA. Yo mayo APLICA DE NUEVO PARA el EMPLEO EN EL FUTURO COMPLETANDO UNA NUEVA APLICACION.

COMPRENDO COMPLETAMENTE Y ACEPTO TODOS los TERMINOS Y CONDICIONES DE LA DECLARACION ANTES MENCIONADA.

SIGNATURE OF APPLICANT (La FIRMA DE SOLICITANTE)

DATE

FOR OFFICE USE ONLY

COMMENTS:

DATE HIRED:

START DATE:

RATE OF PAY:

POSITION:

CLASSIFICATION:

FOREMAN:

INSURANCE: YES NO

AUTHORIZED BY:

Direct Deposit Enrollment Form

Attach a voided check for each checking account - not a deposit slip. If depositing to a savings account, ask your bank to give you the Routing/Transit Number for your account. It isn't always the same as the number on a savings deposit slip. This will help ensure that you are paid correctly.

Below is a sample check MICR line, detailing where the information necessary to complete this form can be found.

The diagram shows a sample check MICR line within a dotted rectangular box. Above the line is a line for a "Memo". The MICR line itself is: ⑆ 0123456781 ⑆ 123456789 ⑆ 0101. Below the line, three boxes with arrows point to specific parts: "Routing/Transit # (A 9-digit number always between these two marks)" points to the first 9 digits; "Checking Account #" points to the 10th digit; "Check #" points to the last 4 digits. A note for the Check # says: "(this number matches the number in the upper right corner of the check – not needed for sign-up)".

Name: _____ Social Security/EIN #: ____ - ____ - ____

Signature: _____ Date: _____

Account Information

1. Bank Name/City/State: _____

Routing Transit #: _____ Account Number: _____

☐ Checking ☐ Savings ☐ Other

I wish to deposit: \$ _____.____ or ☐ Entire Net Amount