



# ALLIANCE PERSONNEL AGENCY

*FIND THE PERFECT FIT!*

Complete esta solicitud en su totalidad. También se requerirán dos formas de identificación.

## SOLICITUD DE NUEVO EMPLEADO

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ # Alternativo \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ # de Dependes: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_ **Numero de Teléfono:** \_\_\_\_\_

¿Como Supiste de Nosotros? \_\_\_\_\_

Posición Solicitada: \_\_\_\_\_ Salario Deseado: \_\_\_\_\_

Fecha Disponible: \_\_\_\_\_ Horas Extras? Si o No

¿Eres ciudadano de los Estados Unidos? SI o NO

¿Estas autorizado para trabajar en los estados unidos? Si o No

¿Has trabajado para nuestra compañía antes? Si O No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has sido condenado por un delito grave? Si o No

En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_

### EDUCACION

Escuela Secundaria \_\_\_\_\_ Te Graduaste: Si o No

Universidad \_\_\_\_\_ Te Graduaste: Si o No



**HISTORIAL DE EMPLEO**

Compañía \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Razón de salida: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar? Si o No

Compañía \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Razón de salida: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar? Si o No

Compañía \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Razón de salida: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar? Si o No

## **Reconocimiento de Empleados y Acuerdos**

Reconozco y acepto que he sido contratado como empleado voluntario de la Agencia de Personal de la Alianza (APA). No existe un contrato de trabajo entre mí y el cliente al que he sido asignado y No hay contrato de empleo entre APA y yo. APA no tiene ninguna responsabilidad con respecto a ningún acuerdo de empleo. Además, entiendo y acepto que el Cliente, APA o yo podemos terminar nuestra relación laboral en cualquier momento ya que soy un empleado a voluntad. He sido informado y acepto que, si mi asignación con un cliente de APA a la que se me asigna termina por cualquier motivo, debo informar a APA dentro de las setenta y dos (72) horas para una posible reasignación y que los beneficios de desempleo pueden ser negados si no lo hago.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

## **Prohibición Contra la Discriminación y El Acuerdo de Acoso**

También acepto que, si en algún momento durante mi Empleo estoy sujeto a cualquier tipo de discriminación debido a raza, sexo, edad, religión, color, represalia, origen nacional, discapacidad o estado civil, o si estoy sujeto a cualquier tipo de acoso, incluido el acoso sexual me pondré en contacto inmediatamente con una persona adecuada del cliente, el presidente o el propietario de la empresa y/o a mi supervisor o a APA. Entiendo y acepto que mi compañía y APA son responsables de investigar mi queja y tomar las medidas apropiadas.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

## **Compromiso del Cliente y Período de Prueba**

APA está sujeta a un estándar de calidad por sus clientes. Mientras estoy en la APA, Acepto un periodo de prueba de 90 días de asignación, acepto que si llego tarde 10 minutos o más o salgo de las instalaciones antes de que termine el turno programado sin previo aviso. No llamar no presentarse a la asignación o turno, o abandonar la asignación APA reducirá mi salario al salario mínimo estatal aplicable o el salario mínimo legalmente requerido. Es importante que usted notifique a su representante de APA si va a llegar tarde o no puede hacerlo con un aviso razonable de al menos 2 horas antes del turno programado.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

## **Acuerdo de Normas de Seguridad**

Estoy de acuerdo en obedecer las reglas de seguridad y tener precaución en todas las actividades laborales y cumplir con todas las normas y reglamentaciones de seguridad y salud ocupacional establecidas por la ley de seguridad y salud ocupacional las reglamentaciones estatales y locales. Informare inmediatamente cualquier condición insegura al supervisor apropiado y al profesional de Recursos Humanos de APA.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_

## **Compensación a Los Trabajadores / Lesiones en el Trabajo o Reconocimiento de Enfermedad**

En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir por mi esta cubierta por los estatutos estatales de compensación de trabajadores y para evitar la elusión de dichos estatutos estatales que pueden resultar de demandas contra los clientes o clientes de APA o contra APA basado en la misma lesión o lesiones y en la medida permitida por la ley. Por el presente renuncio y libero para siempre cualquier derecha que pueda tener para presentar reclamos o entablar una demanda contra cualquier cliente o cliente de APA o contra APA por danos y prejuicios basados en lesiones que están cubiertas por los estatutos de compensación laboral. También acepto cumplir con cualquier política de pruebas de drogas que mi compañía o APA puedan adoptar y acepto específicamente las pruebas de drogas posteriores al accidente en cualquier situación en la que permita la ley.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



**ALLIANCE  
PERSONNEL AGENCY**

*FIND THE PERFECT FIT!*

### **Liberación De Información De Antecedentes**

Yo, el abajo firmante, doy toda la autoridad y permiso a APA para que investigue mis antecedentes personales, incluidos, entre otros, el empleo anterior, criminal, crédito, estado de trabajo de Inmigrante / Ciudadano (E-Verifica), manejo, compensación de trabajadores, historial educativo, e información sobre mi carácter general y reputación, según lo consideren Conveniente. Libero a todos los proveedores de dicha información de cualquier responsabilidad por proporcionarla. Entiendo que la información provista puede ser revisada inicial y periódicamente y informar a mis posibles empleadores sobre las tareas. Estoy de acuerdo en que la falsificación puede hacerme inelegible para el empleo o estar sujeto a despido inmediato. Además, reconozco que APA se basa en información de terceros y, por lo tanto, los libero de todas las responsabilidades derivadas de las decisiones tomadas en función de la información proporcionada o de cualquier responsabilidad derivada de errores u omisiones en la información proporcionada, independientemente de la fuente. Entiendo que \$20 serán deducidos de mi primer cheque de pago.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

### **Consentimiento A Drogas / Pantalla De Alcohol**

Yo, el abajo firmante, acepto que la APA me haya notificado que, en caso de que ocurra una lesión mientras trabajaba en una asignación, me someteré a una prueba de detección de drogas y / o alcohol inmediatamente después de que ocurra la lesión. Estoy de acuerdo, si me niego a someterme o me hago una prueba de detección de drogas o alcohol, esto me descalificará de cualquier reclamo conforme a las Leyes de Compensación al Trabajador y libero total y completamente a la APA de cualquier responsabilidad por cualquier lesión. Yo, el abajo firmante, acepto por este medio someter y completar una prueba de detección de drogas para detectar la presencia de drogas ilegales. Yo voluntariamente y a sabiendas renuncio a cualquier derecho de privacidad que pueda tener. Estoy de acuerdo en que cualquier oferta de empleo recibida está condicionada a la finalización exitosa de la prueba. Libero a la APA de todas y cada una de las responsabilidades derivadas de cualquier decisión tomada en base a los resultados de la prueba de drogas o por cualquier responsabilidad que surja de errores u omisiones en la prueba, independientemente de la fuente. Entiendo, \$10 se deducirán de mi primer cheque de pago.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_



**ALLIANCE**  
**PERSONNEL AGENCY**

*FIND THE PERFECT FIT!*

## Acuerdo de Depósito Directo

Nombre de Empleado: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Ruta / Tránsito #: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta (Circula Uno):      Cheques      Ahorros

Adjunte un cheque anulado para la (s) cuenta (s) que le gustaría usar. NO adjunte una boleta de depósito. Si elige una cuenta de ahorros, pídale a su banco que le proporcione un formulario que muestre el número de tránsito y el número de cuenta en el formato adecuado. No podemos procesar su depósito directo sin la documentación de respaldo de su institución financiera.

Por la presente autorizo a Alliance Personnel Agency a iniciar depósitos automáticos en mi (s) cuenta (s) en la (s) institución (s) financiera (s) nombrada (s) arriba.

Además, estoy de acuerdo en no responsabilizar a la Agencia de Personal de Alliance por cualquier retraso o pérdida de fondos debido a la información incorrecta o incompleta que se me proporcionó a mí o a mi institución financiera o debido a un error de parte de mi institución financiera al depositar fondos en mi cuenta. **Con la autorización y aceptación de una tarifa de procesamiento de \$2.00 por depósito semanal.**

Al cantar este formulario, autorizo a Alliance Personnel Agency a iniciar créditos y a ajustar, si es necesario, cualquier entrada hecha por error sin autorización expresa por escrito.

Este acuerdo permanecerá en vigencia hasta que la Agencia de Personal de Alliance reciba una notificación por escrito de mi parte o de mi institución financiera, o hasta que envíe un nuevo formulario de depósito directo al departamento de nómina.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_