



Ama de Llaves, Inc.
P.O. Box 1858
Trujillo Alto, PR 00977-1858
Tel. 787-292-1020 Fax 787-292-1211
www.cosallpr.com info@cosallpr.com

SOLICITUD DE EMPLEO AMA/AYO LLAVES

Nombre:	Apellidos:																
Dirección Residencial:	Dirección Postal:																
	Correo Electrónico:																
Teléfonos (Celular) ()- - (Residencia) ()- - Otro: _____																	
¿Hasta qué grado estudio? (Incluya copia del diploma)	<table border="1"><thead><tr><th>Idiomas que</th><th>Lee</th><th>Habla</th><th>Escribe</th></tr></thead><tbody><tr><td>Inglés</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Español</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Otro:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Idiomas que	Lee	Habla	Escribe	Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idiomas que	Lee	Habla	Escribe														
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Nombre y teléfono de persona a contactar en casos de emergencia																	
Medio de Transportación a utilizar: _____ Vehículo Propio _____ Transporte Público																	
¿Tiene experiencia en cuidado de personas de edad avanzada? __Si __No																	
¿Ha tomado algún curso especializado en cuidado de personas de edad mayor, niños o personas con impedimentos físicos? __Si __No (Someta evidencia) _____ _____ _____																	
¿Tomaría algún curso especializado en cuidado de personas de edad mayor? _____Si _____ No. Si contestó sí, mencione los cursos que tomaría. _____																	
¿Aceptaría trabajar con personas con impedimentos? __Si __No.																	
¿Qué días de la semana estaría dispuesto(a) a trabajar? Circule los días que está dispuesto (a) trabajar) L K M J V S D	¿En qué horario está dispuesto(a) a trabajar? __AM __PM Nocturno __ 7 a 3 __3 a 11 __11 a 7 _____																
¿En qué pueblos estaría dispuesto(a) a trabajar? _____ _____																	



Experiencia de trabajo (Comience con la más reciente)

Nombre del Patrono _____ Dirección _____ Teléfono _____ Nombre del Supervisor inmediato: _____	Posición que ocupó: _____ Deberes y Responsabilidades: _____ _____ _____
---	--

Nombre del Patrono _____ Dirección _____ Teléfono _____ Nombre del Supervisor inmediato: _____	Posición que ocupó: _____ Deberes y Responsabilidades: _____ _____ _____
---	--

Nombre del Patrono _____ Dirección _____ Teléfono _____ Nombre del Supervisor inmediato: _____	Posición que ocupó: _____ Deberes y Responsabilidades: _____ _____ _____
---	--

Referencias: Nombre tres (3) personas conocidas en la comunidad que no sean parientes y puedan dar referencias de

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono _____ Ocupación: _____	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono _____ Ocupación: _____	Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono _____ Ocupación: _____
---	---	---

COSALL, INC. no discrimina por razón de raza, color, origen nacional, religión, sexo, impedimento físico o mental, edad, status de veterano, orientación sexual, identidad de género o por ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acoso y/o cualquier otra categoría protegida por ley. Somos un patrono con igualdad de oportunidad de empleo

Autorizo a que se verifique información de patronos anteriores. Entiendo que el ofrecer información falsa puede ser causa de despido.

Fecha de Solicitud: _____ Firma del Solicitante: _____

Instrucciones: Llene esta solicitud por ambos lados y firmela. Incluya **COPIA** de los siguientes documentos: Certificado de: salud, nacimiento, negativo de antecedentes penales y Ley 266 (Policía de P.R.) Elegibilidad de empleo en los E.U., identificación con foto y dos cartas de referencia de vecinos, amigos y/o empleos anteriores. Evidencia de vacunación que incluya Hepatitis B y varicelas.

Esta solicitud con copia de los documentos debe enviarla por correo a: P.O. Box 1858 Trujillo Alto PR 00977-1858.

Al momento de ser contratado deberá entregar dos fotos 2x2 para su tarjeta de identificación.