

Solicitud de Empleo

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO CELULAR #	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TALLA DE LA CAMISA
FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	ESTADO DE NACIMIENTO
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR
NOMBRE DEL PUNTO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DE EMERGENCIA #	RELACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

ESPECIFICACIONES DEL TRABAJO

PUESTO QUE SOLICITA:

EXPERIENCIA LABORAL

<i>¿Tienes experiencia en alguno de los siguientes?</i>		<i>En caso afirmativo, ¿cuántos años?</i>	<i>¿Tienes experiencia en alguno de los siguientes?</i>		<i>En caso afirmativo, ¿cuántos años?</i>
Carpintería/Encofrado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Conducción CDL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Colocación de hormigón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Operador de máquina	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Obrero de la construcción	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Colocación de asfalto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Herrería de barras de refuerzo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Conductor de camión cisterna	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Mecánico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Otros – Lista:		
Clerical	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Otros – Lista:		

HABILIDADES Y/O CAPACITACION Y/O CERTIFICACIONES:

ÚLTIMOS TRES LUGARES DE EMPLEO

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA

FECHAS DE EMPLEO

1) _____

2) _____

¿Está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos de América? SÍ NO

ALLEN CONCRETE, LLC es un empleador de Igualdad de Oportunidades/Acción Afirmativa y cumple con todas las leyes estatales y federales que prohíben la discriminación por motivos de raza, color, religión, origen nacional, ciudadanía, sexo, condición de veterano, discapacidad, ascendencia y/o por motivos de edad.

Firma del solicitante:

Fecha:

Allen Concreto, LLC
3800 Hueco Club Rd.
El Paso, TX 79938
Oficina: (915) 921-0678



ACUSE DE RECIBO DE LA SOLICITUD Y DEL MANUAL

Certifico que todas las declaraciones y representaciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas y no he retenido nada que, si se divulga, afectaría negativamente mi solicitud. Entiendo que la Compañía se basa en dichas declaraciones al tomar sus decisiones de empleo, y autorizo a Allen Concrete, LLC a investigar todas las declaraciones contenidas en ellas. Entiendo y acepto que cualquier tergiversación será causa suficiente para la cancelación de la solicitud y/o la separación de la Compañía si dicha tergiversación se descubre en cualquier momento después de mi empleo por parte de la Compañía.

Por la presente, autorizo a la Compañía a comunicarse con todos los empleadores con fines de referencia, y libero a la Compañía de toda responsabilidad, incluida la responsabilidad que surja de la verificación del empleador de mi historial de empleo anterior, educación, certificaciones, verificación de antecedentes, referencias y cualquier otra información. Además, autorizo a la Compañía a proporcionar mi registro de empleo, en su totalidad o en parte, y en confianza, a cualquier posible empleador, agencia gubernamental u otra parte con interés legal o adecuado. Libero de toda responsabilidad, incluida la responsabilidad que surja de la negligencia, a todas las personas y entidades que proporcionen a la empresa información relacionada con mi historial de empleo anterior, educación, certificaciones, investigación de antecedentes, referencias y cualquier otra información. Además, si la Compañía me contrata, acepto como condición para continuar con el empleo cooperar plenamente con cualquier investigación interna realizada por la Compañía. Entiendo que si se hace una oferta de empleo, es posible que deba someterme a una prueba de drogas y / o alcohol, un examen médico y / o una verificación de antecedentes. Acepto someterme a los requisitos y exámenes para cada examen relacionado con el puesto.

Nada de lo contenido en la solicitud de empleo constituirá un contrato de trabajo, y entiendo y acepto que si estoy empleado, dicho empleo será "a voluntad". **ENTIENDO CLARAMENTE QUE ESTE MANUAL DE POLÍTICAS NO CREA UN CONTRATO DE TRABAJO CON ALLEN CONCRETE, Y QUE ALLEN CONCRETE PUEDE CAMBIAR O MODIFICAR LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTE MANUAL EN CUALQUIER MOMENTO, CON O SIN PREVIO AVISO. SE ME HAN DADO, LEÍDO Y ENTENDIDO LAS POLÍTICAS DESCRITAS EN EL MANUAL DE CONCRETO DE ALLEN Y ACEPTO ESTAR SUJETO A LAS REGLAS Y REGULACIONES DE LA COMPAÑÍA DURANTE MI EMPLEO EN LA COMPAÑÍA. ENTIENDO QUE VIOLAR LAS POLÍTICAS Y REGLAS ESTABLECIDAS EN ESTE MANUAL PUEDE DAR LUGAR A MEDIDAS DISCIPLINARIAS, QUE PUEDEN INCLUIR EL DESPIDO.**

Por la presente, acuso recibo del Manual de Políticas y Procedimientos del Empleado de Allen Concrete, LLC. He leído, entiendo y acepto seguir las políticas y procedimientos contenidos en el mismo. En consideración a mi empleo, acepto cumplir con las reglas y regulaciones de la Compañía y acepto que mi empleo y compensación pueden terminarse, con o sin causa, y con o sin previo aviso, en cualquier momento, a opción de la Compañía o mía. Reconozco que Allen Concrete, LLC es mi empleador registrado para asuntos de nómina, compensación laboral, seguridad y recursos humanos, incluida la compensación por desempleo. El manual siempre estará disponible en www.AllenConcreteInc.com para las últimas actualizaciones.

Acuerdo de arbitraje

Por la presente, reconozco y entiendo que todas y cada una de las reclamaciones y disputas que surjan de o estén relacionadas de alguna manera con mi empleo con Allen Concrete, LLC o cualquiera de sus empresas clientes a las que estoy asignado se someterán a un arbitraje final y vinculante de acuerdo con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. Si desea presentar un caso por correo, fax, correo electrónico o en línea, complete los formularios correspondientes y envíelos a los Servicios de Presentación de Casos de la AAA. La Compañía no modificará ni cambiará el Acuerdo de Arbitraje sin notificarle con al menos diez (10) días de anticipación. Dicha notificación debe hacerse por escrito. Cualquier disputa que esté pendiente en el momento de la notificación, o que surja dentro del período de diez días, seguirá estando sujeta al Acuerdo.

Seguridad/Compensación de Trabajadores

Si se lesiona en el trabajo, siga estos pasos:

1. Si se trata de una emergencia, llame al 911 y obtenga servicios del hospital y/o centro de emergencia.
2. Llame a Allen Concrete, LLC al (915) 921-0678 inmediatamente y/o dentro de las 24 horas. Los fines de semana, correo electrónico aci@allenconcreteinc.com

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Manual de Empleo.

Entiendo que contiene información valiosa y se espera que lea y siga las políticas y procedimientos contenidos en el manual.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)		Otros Apellidos Utilizados (si alguno)			
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apartamento (si corresponde)		Ciudad o Pueblo		Estado		Código Postal
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE. UU.		Dirección de Correo Electrónico del Empleado			Número de Teléfono del Empleado		
Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.		Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):							
		<input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos							
		<input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)							
		<input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS:							
		<input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa):							
Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:									
USCIS/Número A		OR		Formulario I-94 Número de Admisión			OR		Número de pasaporte extranjero y país de emisión
Firma del Empleado						Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)			

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar [la certificación de preparador y/o traductor](#) en la página 4.

Certificado de Retenciones del Empleado

Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.
La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.

Paso 1: Anote Su Información Personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

CONSEJO: Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2: Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

Paso 5: Firme Aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		Fecha

Para Uso Exclusivo del Empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--

Allen Concreto, LLC
3800 Hueco Club Rd.
El Paso, TX 79938
Oficina: (915) 921-0678



Formulario de Alcohol y Liberación de Responsabilidad

Este acuerdo libera a Allen Concrete, LLC, sus agentes, gerentes, subsidiarias y afiliadas de toda responsabilidad relacionada con reclamos que puedan ocurrir durante eventos con consumo de alcohol. Al firmar este acuerdo, acepto mantener a Allen Concrete, LLC, sus agentes, gerentes, subsidiarias y afiliadas completamente libres de cualquier responsabilidad, incluida la responsabilidad fiscal por lesiones, accidentes o muertes incurridas, independientemente de si las lesiones son causadas por negligencia.

También reconozco los riesgos que conlleva el consumo de alcohol. Estos incluyen, entre otros, lesiones, como choques de vehículos motorizados, caídas, ahogamientos y quemaduras; violencia, incluyendo homicidio, suicidio, agresión sexual y violencia de pareja; Intoxicación etílica, una emergencia médica que resulta de niveles altos de alcohol en la sangre. Juro que participo voluntariamente, y que todos los riesgos me han sido aclarados. Además, no tengo ninguna condición que aumente mi probabilidad de sufrir lesiones mientras participo en esta actividad.

Al firmar a continuación, pierdo todos los derechos de presentar una demanda contra Allen Concrete, LLC, sus agentes, gerentes, subsidiarias y afiliadas por cualquier motivo. A cambio, recibiré la opción de consumir alcohol mientras participo en un evento de la empresa. También haré todo lo posible para obedecer las precauciones de seguridad enumeradas por escrito y según se me expliquen verbalmente. Pediré aclaraciones cuando sea necesario.

Entiendo y estoy completamente de acuerdo con los términos anteriores.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Allen Concreto, LLC
3800 Hueco Club Rd.
El Paso, TX 79938
Oficina: (915) 921-0678



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE DEPÓSITO DIRECTO

El Depósito Directo es la transferencia electrónica del monto de su nómina actual de Allen Concreto, LLC a la(s) cuenta(s) designada(s) en el(los) banco(s) o cooperativa(s) de crédito de su elección.

Tipo de cuenta (Marque al menos una casilla a continuación y designe el monto por cheque).

Cuenta de Cheques

Porcentaje del cheque: _____ % o monto fijo de \$ _____

Nombre del banco: _____

Número de ruta ABA del banco: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Nombre en la cuenta bancaria: _____

Ahorros

Porcentaje del cheque: _____ % Monto fijo: \$ _____

Nombre del banco: _____

Número de ruta ABA del banco: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Nombre en la cuenta bancaria: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Información sobre la inscripción en la cobertura de salud

Como empleado de Allen Concreto, puede inscribirse en nuestro Paquete de Beneficios para Empleados. Una vez empleado, Colonial Insurance se pondrá en contacto con usted. Son una agencia contratada por Allen Concreto para gestionar la inscripción de todos los beneficios de los empleados.

Responda a su llamada para aceptar o denegar la cobertura.

Puede optar por tener cubiertos a miembros adicionales de su familia; sin embargo, será 100% responsable de sus primas.

Los siguientes beneficios están disponibles para todos los empleados de tiempo completo después de 3 meses de empleo. **Divulgación:** Debido al Proyecto de Ley del Senado 51, si deja su empleo antes de fin de mes, será responsable de la prima de todo el mes, y se deducirá de su último cheque de pago.

Médico: Blue Cross Blue Shield PPO

Beneficios dentro de la red: Deducible: Individual: \$2,500, Familia: \$7,500, Copago por visita al consultorio: Atención primaria: \$30/60, Atención de urgencia: \$75, Sala de emergencias: \$500

Solo para empleados	\$ 39.61 por semana
Empleado y cónyuge	\$ 145.13 por semana
Empleado e hijos	\$ 125.89 por semana
Familia	\$ 231.41 por semana

Dental: Principal

Solo para empleados	Plan Bajo \$6.57 por semana	Plan Alto \$ 10.30 por semana
Empleado y cónyuge	Plan Bajo \$ 13.16 por semana	Plan Alto \$ 19.84 por semana
Empleado e hijos	Plan Bajo \$ 19.16 por semana	Plan Alto \$ 30.64 por semana
Familia	Plan Bajo \$ 27.25 por semana	Plan Alto \$ 42.62 por semana

Visión: Principal

Solo para empleados	\$ 1.40 por período de pago
Empleado y cónyuge	\$ 3.31 por período de pago
Empleado e hijos	\$ 3.55 por período de pago
Familia	\$ 5.89 por período de pago

Seguro de vida a término de \$ 10,000 - La compañía pagará el 100% una vez empleado durante 2+ años.

Seguro complementario ofrecido por Colonial Insurance. Las tarifas varían según el empleado.

Accidente
Hospital
Enfermedad especificada
Discapacidad a corto plazo
Seguro de vida