



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

PUESTO QUE SOLICITA A:

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) _____
- 3) _____

¿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:



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 Concreto, 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 Concreto, LLC. escaneándolo y descargándolo en "DESCARGAS DE EMPLEADOS ACTUALES" en el código QR proporcionado a continuación. 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 Concreto, LLC es mi empleador registrado para asuntos de nómina, compensación laboral, seguridad y recursos humanos, incluida la compensación por desempleo. Los manuales siempre estarán disponibles en www.AllenConcreteInc.com para obtener 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 Concreto, 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 Concreto, 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)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)		Ciudad o Pueblo	
Estado		Código Postal		Otros Apellidos Utilizados (si alguno)	
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.					



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

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		o	Lista B		Y	List C			
Título del Documento 1									
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Título del Documento 2		Información Adicional <input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.							
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Título del Documento 3									
Autoridad Emisora									
Número de Documento (si corresponde)									
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)									
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.								Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):	
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado								Firma del Empleador o Representante Autorizado	
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal							

Para la reverificación o recontractación, complete elar [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.

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.

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

2025

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:

(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)
---	----------------------------------	-------------------------	--



Formulario de Alcohol y Liberación de Responsabilidad

Este acuerdo libera a Allen Concreto, 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 Concreto, 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 Concreto, 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



INSCRIPCIÓN 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:** _____



Formulario de Inscripción/Deducción de Cobertura de Salud Cobertura del 1 de julio de 2025 al 30 de junio de 2026

Como empleado de Allen Concrete, puede inscribirse en nuestro Paquete de Beneficios para Empleados. Puede optar por tener cubiertos a miembros adicionales de su familia; sin embargo, usted será 100% responsable de sus primas. Dental & Vision también está disponible con una contribución del 100% de los empleados. Las deducciones se calculan en función de un año de período de pago de 52 semanas.

Elijo RECHAZAR la cobertura. Soy consciente de que debido a que mi empleador me ha ofrecido una cobertura asequible, es posible que ya no sea elegible para recibir ningún crédito fiscal / dinero de subsidio para el seguro de salud.

Elijo ACEPTAR COBERTURA y autorizo a Allen Concrete a deducir de mi cheque de nómina la cantidad semanal marcada anteriormente para mi parte de las primas, comenzando el primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo, para la cobertura a partir del primer día del mes siguiente a los 60 días de empleo.

SELECCIONE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN si acepta.

Monto de la deducción

Médico: Angle (Cigna Network)

Solo para empleados	<input type="checkbox"/> \$ 39.31 por período de pago
Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 144.06 por período de pago
Empleado e hijos	<input type="checkbox"/> \$ 125.03 por período de pago
Familia	<input type="checkbox"/> \$ 229.78 por período de pago

Dental Principal Low Plan

Solo para empleados	<input type="checkbox"/> \$ 7.02 por período de pago
Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 14.05 por período de pago
Empleado e hijos	<input type="checkbox"/> \$ 20.46 por período de pago
Familia	<input type="checkbox"/> \$ 29.10 por período de pago

OR

Dental Principal High Plan

Solo para empleados	<input type="checkbox"/> \$ 11.00 por período de pago
Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 21.18 por período de pago
Empleado e hijos	<input type="checkbox"/> \$ 32.73 por período de pago
Familia	<input type="checkbox"/> \$ 45.51 por período de pago

Visión Principal

Solo para empleados	<input type="checkbox"/> \$ 1.40 por período de pago
Empleado y cónyuge	<input type="checkbox"/> \$ 3.31 por período de pago
Empleado e hijos	<input type="checkbox"/> \$ 3.55 por período de pago
Familia	<input type="checkbox"/> \$ 5.89 por período de pago

He recibido el Resumen de Beneficios, el Memorándum del Mercado y el Aviso Inicial de COBRA.

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.

Imprimir el nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha de firma