

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)	
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.					

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:	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Anote Su Información Personal	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:	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):		
Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	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:	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
Firme Aquí			
	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 DE LA LICENCIA

Ninguna persona que opere un vehículo motorizado comercial deberá tener en ningún momento más de una licencia de conducir (49 CFR 383.21). Certifico que sí no tener más de una licencia de vehículo motorizado, cuya información se detalla a continuación. Incluya todas las licencias que se hayan tenido durante los últimos 3 años; Adjunte hojas adicionales si es necesario.

ESTADO	LICENCIA #	TIPO/CLASE	ENDOSOS	FECHA DE CADUCIDAD
LICENCIAS DE PROPIEDAD EXCLUSIVA				

EXPERIENCIA DE CONDUCCIÓN

CLASE DE EQUIPO	TIPO DE EQUIPO (FURGONETA, CISTERNA, PISO, ETC.)	FECHA DE	FECHA A	APROX # DE MILLAS (TOTAL)
CAMIÓN RECTO				
TRACTOR Y SEMIRREMOLQUE				
TRACTOR Y 2 REMOLQUES				
TRACTOR Y CISTERNA				
OTRO				

HISTORIAL DE ACCIDENTES DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio. Marque esta casilla si no hay ninguna

FECHAS (Enumere primero el más reciente)	NATURALEZA DEL ACCIDENTE (De frente, por detrás, volcado, etc.)	# VÍCTIMAS MORTALES	# LESIONES	DERRAMES QUÍMICOS (S/N)

CONDENAS DE TRÁFICO Y DECOMISOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (QUE NO SEAN INFRACCIONES DE ESTACIONAMIENTO)

Adjunte una hoja adicional si necesita más espacio. Marque esta casilla si no hay ninguna

FECHA DE CONDENA (Mes/Año)	VIOLACIÓN	ESTADO DE VIOLACIÓN	PENALIZACIÓN (Pérdida de fianza, garantía y/o puntos)

HISTORIAL DE EMPLEO

Las Regulaciones Federales de Seguridad de Autotransportes (49 CFR 391.21) requieren que todos los solicitantes que deseen conducir un vehículo comercial enumeren todos los empleos de los últimos tres (3) años. **Además, si ha conducido un vehículo comercial anteriormente, debe proporcionar un historial de empleo durante siete (7) años adicionales (para un total de diez (10) años). Cualquier brecha en el empleo de más de un (1) mes debe ser explicada.** Comience con la última posición o la actual, incluida cualquier experiencia militar, y trabaje hacia atrás (adjunte hojas separadas si es necesario). Debe enumerar la dirección postal completa, incluido el número de calle, la ciudad, el estado y el código postal; y completar el resto de la información.

EMPLEADOR ACTUAL (MÁS RECIENTE)					
NOMBRE				TELÉFONO	
DIRECCIÓN					
CARGO OCUPADO		A PARTIR DE MES/AÑO		A PARTIR DE MES/AÑO	
MOTIVO DE LA SALIDA				SUELDO	
EXPLIQUE CUALQUIER LAGUNA EN EMPLEO (Incluya mes/año y motivo)					
SEGUNDO EMPLEADOR (EL MÁS RECIENTE)					
NOMBRE				TELÉFONO	
DIRECCIÓN					
CARGO OCUPADO		A PARTIR DE MES/AÑO		A PARTIR DE MES/AÑO	
MOTIVO DE LA SALIDA				SUELDO	
EXPLIQUE CUALQUIER LAGUNA EN EMPLEO (Incluir mes/año y motivo)					
TERCER EMPLEADOR (EL MÁS RECIENTE)					
NOMBRE				TELÉFONO	
DIRECCIÓN					
CARGO OCUPADO		DE LUNES/AÑO		PARA LUNES/AÑO	
MOTIVO DE LA SALIDA				SUELDO	
EXPLIQUE CUALQUIER LAGUNA EN EMPLEO (Incluir mes/año y motivo)					

PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL SOLICITANTE

Lo autorizo a realizar investigaciones (incluido el contacto con empleadores actuales y anteriores) sobre mi historial personal, laboral, financiero, médico y otros asuntos relacionados, según sea necesario para llegar a una decisión de empleo. Por la presente libero a los empleadores, escuelas, proveedores de atención médica y otras personas de toda responsabilidad al responder a las consultas y divulgar información en relación con mi solicitud.

En el caso de empleo, entiendo que la información falsa o engañosa proporcionada en mi solicitud o entrevista(s) puede resultar en el despido. También entiendo que estoy obligado a cumplir con todas las reglas y regulaciones de la Compañía.

Entiendo que la información que proporciono con respecto a mis empleadores actuales y/o anteriores puede ser utilizada, y se contactará a esos empleadores con el fin de investigar mi historial de desempeño de seguridad según lo exige 49 CFR 391.23. Entiendo que tengo derecho a:

- Revisar la información proporcionada por los empleadores actuales o anteriores;
- Tener errores en la información corregida por empleadores anteriores, y que esos empleadores anteriores vuelvan a enviar la información corregida al posible empleador; y
- Adjuntar una declaración de refutación a la supuesta información errónea, si los empleadores anteriores y yo no podemos ponernos de acuerdo sobre la exactitud de la información.

Esto certifica que completé esta solicitud y que todas las entradas en ella y la información en ella son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Nota: Un autotransportista puede requerir que un solicitante proporcione más información que la requerida por las Regulaciones Federales de Seguridad de Autotransportes.

Firma del solicitante		Fecha	
Nombre del solicitante (en letra de imprenta)			

APÉNDICE A - FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Reconozco, al firmar este formulario, que mi pleno cumplimiento con el Plan de Drogas y Alcohol (el "Plan") y los requisitos de regulación de drogas y alcohol del DOT es una condición de mi empleo inicial y continuo con la Compañía. Entiendo y acepto que puedo ser dado de baja o disciplinado por cualquier violación de drogas y/o alcohol, cometida por mí, como se cita en el Plan y/o en los requisitos reglamentarios de drogas y alcohol del DOT.

También reconozco, al firmar este formulario, que se ha puesto a mi disposición una copia del Plan y que he leído y entiendo los requisitos de la Compañía y el programa de drogas y alcohol del DOT. También se me ha proporcionado material informativo sobre los peligros y problemas del abuso de drogas y el abuso del alcohol.

Firmado, este _____ D í a d e _____, 20_____.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LIBERACIÓN DE MVR

Junto con mi posible empleo en ALLEN CONCRETE, LLC ("la compañía"), yo, el solicitante que se enumera a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de mis Registros de Vehículos Motorizados (MVR) a la compañía. Entiendo que la compañía usará estos registros para evaluar mi idoneidad para cumplir con las tareas de conducción que pueden estar relacionadas con el puesto para el que estoy solicitando. También doy mi consentimiento para la revisión, evaluación y otro uso de cualquier MVR que pueda haber proporcionado a la empresa.

Este consentimiento se otorga en cumplimiento de la Ley Pública 18 USC 2721 et. Seq., "Ley Federal de Protección de la Privacidad de los Conductores", y tiene la intención de constituir un "consentimiento por escrito" según lo exige esta Ley.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta) _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Numero de Licencia _____

fecha de nacimiento _____

Últimos 4 dígitos del seguro social _____

QUIDELINES DE CONDUCTORES DE SEGUROS

Allen Concrete enviará su información a la compañía de seguros de automóviles cubierta. Su empleo está determinado por las pautas que se enumeran a continuación:

1. Los conductores con licencia por menos de 6 años deben tener un mínimo de dos años de experiencia de conducción en el trabajo que ahora ocupan.
2. Los conductores con licencia por menos de 6 años no pueden tener más de 1 infracción en los últimos tres años. Un accidente registrado hace más de 18 meses puede considerarse sujeto a todos los atributos del riesgo.
3. Los conductores con licencia de 6 años o más no pueden tener más de 1 infracción en los últimos 18 meses o más de 2 infracciones en los últimos 36 meses. Los conductores con accidentes con culpa más de 18 meses antes pueden considerarse sujetos a todos los atributos del riesgo.

Si no cumple con estas pautas, notifiquenos de inmediato.

CERTIFICADO DE EXAMEN PRÁCTICO DEL CONDUCTOR A ser llenado por el representante de Allen Concrete

Tipo de unidad de potencia _____

Tipo de remolque(s) _____

Esto es para certificar que el conductor _____ fue dado un examen práctico bajo mi supervisión en _____ que consiste en aproximadamente _____ millas de conducción.

Es mi opinión considerada que este conductor posee suficiente habilidad de conducción para operar de manera segura el tipo de vehículo motorizado comercial mencionado anteriormente.

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXAMINADOR FIRMA DEL EXAMINADOR 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