

SOLICITUD DE EMPLEO

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Las personas que necesiten asistencia con alguna fase del proceso de solicitud deben notificar a la persona que les entregó la solicitud para pedir una adaptación razonable.

1. Complete las cuatro páginas.
2. Escriba con letra clara de imprenta: no se procesarán las solicitudes incompletas o ilegibles. ANOTE "NO APLICABLE" SI NO CONTESTA UNA PREGUNTA.
3. Proporcione solamente la información que se le pide. De lo contrario puede quedar descalificada su solicitud.
4. Algunos paquetes pueden incluir un Formulario de Auto-Identificación de EEOC. Se reúne esta información para acción afirmativa conforme a la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973. La información pedida es voluntaria y se mantendrá confidencial. No se someterá a un solicitante a ningún trato adverso por negarse a completar el cuestionario.

PUESTO AL CUAL POSTULA: _____

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

TELÉFONO EN CASA: _____ TELÉFONO EN EL TRABAJO: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DISPONIBILIDAD

¿En qué fecha puede empezar? _____ ¿Qué categoría preferiría? Tiempo completo Tiempo parcial Temporario Grupo de trabajo

¿Para qué horarios está disponible?* Días de semana Fines de semana Tardes Noches Horas extra Turno Otro _____

*Se hará lo posible por adecuarse a creencias religiosas sostenidas sinceramente.

HABILIDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

Sí No ¿Se le ha entregado una descripción del cargo o se le explicaron las funciones esenciales del cargo?

Sí No ¿Tiene claras estas funciones esenciales?

Sí No Después de revisar detalladamente la descripción del cargo y los requisitos físicos del trabajo al cual postula, ¿puede realizar las funciones esenciales del cargo con o sin adaptaciones razonables?

LICENCIAS Y CERTIFICACIONES PROFESIONALES

Sí No ¿Tiene licencia o certificación para el cargo al cual postula?

Nombre de la licencia o certificaciones: _____

Número de licencia o certificación: _____ Estado emisor: _____

Sí No ¿Alguna vez se le ha revocado o suspendido su licencia o certificación?

En caso afirmativo, señale la(s) razón(es), fecha de la revocación o suspensión y fecha de reinstauración: _____

REFERENCIAS

Incluya solamente personas familiarizadas con su capacidad laboral. No incluya parientes ni nombres de supervisores indicados.

NOMBRE	DIRECCIÓN/TELÉFONO	AÑOS QUE LE CONOCE/RELACIÓN
1.		
2.		
3.		

EDUCACIÓN

Marque con un círculo el grado más alto completado. 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 16+

Si sus registros académicos están bajo un nombre diferente del indicado en la página 1, señale dicho nombre _____

NOMBRE	CIUDAD/ESTADO	GRADUADO	TIPO DE LICENCIATURA
ESCUELA SECUNDARIA		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
UNIVERSIDAD		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
OTRA		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

EMPLEADORES PREVIOS

NOTA: Su solicitud puede no considerarse a menos que conteste cada pregunta de esta sección. Dado que haremos todo lo posible por ponernos en contacto con empleadores anteriores, **es indispensable contar con los números telefónicos correctos de los empleadores anteriores.** Pida un directorio telefónico o llame a informaciones si fuese necesario. PARA EMPLEADORES FUERA DE LOS EE.UU., ES OBLIGATORIO INDICAR UN NÚMERO DE FAX ACTUAL.

En Massachusetts un solicitante puede incluir cualquier trabajo verificado realizado de manera voluntaria.

EMPLEADOR MÁS RECIENTE			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está trabajando actualmente para este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿podemos contactarlo?	TELÉFONO () FAX ()	
NOMBRE DE LA EMPRESA					CIUDAD
DESDE	HASTA	FECHAS DE EMPLEO		TÍTULO DEL CARGO	NOMBRE DEL SUPERVISOR
RESPONSABILIDADES					
POR					
SALARIO	(HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA			

SEGUNDO EMPLEADOR MÁS RECIENTE			TELÉFONO () FAX ()		
NOMBRE DE LA EMPRESA				CIUDAD	ESTADO
DESDE	HASTA	FECHAS DE EMPLEO		TÍTULO DEL CARGO	NOMBRE DEL SUPERVISOR
RESPONSABILIDADES					
POR					
SALARIO	(HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA			

TERCER EMPLEADOR MÁS RECIENTE			TELÉFONO () FAX ()		
NOMBRE DE LA EMPRESA				CIUDAD	ESTADO
DESDE	HASTA	FECHAS DE EMPLEO		TÍTULO DEL CARGO	NOMBRE DEL SUPERVISOR
RESPONSABILIDADES					
POR					
SALARIO	(HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA			

CUARTO EMPLEADOR MÁS RECIENTE			TELÉFONO () FAX ()		
NOMBRE DE LA EMPRESA				CIUDAD	ESTADO
DESDE	HASTA	FECHAS DE EMPLEO		TÍTULO DEL CARGO	NOMBRE DEL SUPERVISOR
RESPONSABILIDADES					
POR					
SALARIO	(HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA			

INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR

- Sí No Si el trabajo lo requiere, ¿tiene una licencia de conducir válida y adecuada?
Nombre en la licencia _____ Núm. de lic. _____ Tipo _____ Estado emisor _____
- Sí No ¿Ha tenido multas por infracciones de tránsito dentro de los últimos siete años? Describa. _____

ANTECEDENTES PENALES

Nótese que una respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas no lo descalificará necesariamente del empleo. Se considerarán factores tales como edad y tiempo de la infracción, seriedad y tipo de contravención, además de rehabilitación, al tomar decisiones de empleo.

¿Se le ha condenado alguna vez por algún delito? **No incluya condenas que se hayan sellado o expurgado tras una orden judicial.**

NOTA: Antes de contestar esta pregunta sobre condenas penales, remítase a las instrucciones a continuación si reside o solicita un puesto en California, Connecticut, Distrito de Columbia, Georgia, Hawai, Massachusetts o Washington.

- Sí No Explique toda respuesta que haya contestado afirmativamente. Use papel adicional si es necesario.
-

¿Está esperando actualmente el seguimiento de algún delito?

- Sí No Explique toda respuesta que haya contestado afirmativamente. Use papel adicional si es necesario.
-

¿Alguna vez ha iniciado un acto de violencia en el trabajo?

- Sí No Explique toda respuesta que haya contestado afirmativamente. Use papel adicional si es necesario.
-

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR LA INDAGACIÓN SOBRE CONDENAS PENALES

Solicitantes de California: No identifique ninguna condena por delito menor por el cual se haya completado satisfactoriamente la libertad condicional o que se haya descargado y el tribunal haya desechado el caso. Tampoco identifique condenas relacionadas con marihuana, entradas en el tribunal hace más de 2 años, que impliquen: posesión ilícita de marihuana; transporte o entrega de hasta 28.5 gramos de marihuana, aparte de cannabis concentrado, o la oferta de transportar o entregar hasta 28.5 gramos de marihuana, aparte de cannabis concentrado; posesión de parafernalia utilizada para fumar marihuana; estar en un lugar sabiendo que se está usando marihuana; o estar bajo la influencia de la marihuana.

Solicitantes de Connecticut: No se requiere que los solicitantes revelen la existencia de ningún arresto, cargo penal o condena, cuyos registros se hayan borrado conforme a la sección 46b – 146, 54 -76o ó 54 – 142a de los Estatutos Generales de Connecticut. Registros penales susceptibles de ser borrados conforme a estas secciones son registros referentes a una averiguación de delincuencia o el hecho de que un niño era miembro de una familia con necesidades de servicio, una adjudicación como infractor juvenil, un cargo penal que se haya desechado o anulado (no procesado), un cargo penal por el cual la persona fue encontrada no culpable, o una condena por la cual el acusado recibió un perdón absoluto. Cualquier persona cuyos antecedentes penales se hayan borrado conforme a estas secciones se considera como nunca arrestada dentro del significado de la ley según se aplica a los procesos particulares que se han borrado y, por lo tanto, puede declarar bajo juramento.

Solicitantes del Distrito de Columbia: No identifique ninguna alegación de culpabilidad que haya desechado el tribunal conforme a la Ley de Primer Infractor de Georgia.

Solicitantes de Hawai: No conteste esta pregunta en este momento. Solamente tendrá que contestar esta pregunta si recibe una oferta condicional de empleo. En ese momento, se le preguntará si fue condenado por un delito dentro de los últimos diez (10) años.

Solicitantes de Massachusetts: Un solicitante de empleo con un registro sellado en archivo ante el Comisionado de Libertad Condicional puede contestar “sin antecedentes” con respecto a una indagación aquí relacionada con arrestos previos, comparecencias en tribunales penales o condenas. Además, un solicitante de empleo puede contestar “sin antecedentes” con respecto a una indagación en cuanto a arrestos previos, comparecencias en tribunales y adjudicaciones en todos los casos de delincuencia o como menor de edad necesitado de servicios que no dio como resultado la transferencia de una queja al tribunal superior para procesos penales. Los solicitantes de Massachusetts no deben divulgar información sobre condenas de primer delito menor por ebriedad, agresión simple, exceso de velocidad, infracciones menores del tránsito, riña o perturbación de la tranquilidad. Finalmente, los solicitantes de Massachusetts no deben divulgar condenas por otros delitos menores donde la fecha de condena o el final de algún período de encarcelación fue hace más de cinco años a menos que haya habido condenas subsiguientes dentro de esos cinco años.

Solicitantes de Nueva York: Puede contestar “sin antecedentes” en cuanto a cualquier proceso penal que termine en su favor, según la sección 160.50 de la Ley de Proceso Penal de Nueva York; cualquier proceso penal que termine en una “adjudicación de infractor juvenil”, conforme se define en la sección 720.35 de la Ley de Proceso Penal de Nueva York; una condena por “infracción” que ya haya sellado el tribunal, según la sección 160.55 de la Ley de Proceso Penal de Nueva York.

Solicitantes de Washington: No identifique ninguna condena que sea de hace más de diez (10) años en el momento de presentar esta solicitud.

NOTA PARA EL SOLICITANTE

Este formulario de solicitud está destinado a usarse al evaluar sus calificaciones de empleo. Este formulario de solicitud no es una oferta de empleo. Si se le contrata, dicho empleo se considerará "a voluntad" y esta solicitud no está destinada a constituir un contrato de empleo continuo. Las declaraciones falsas o engañosas durante la entrevista o en este formulario pueden causar la denegación de contratarlo o el despido del empleo. Se considera a los solicitantes para puestos sin discriminar por raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad ni ninguna otra consideración ilícita conforme a leyes aplicables federales, estatales o locales. Pueden necesitarse análisis adicionales relacionados con el trabajo y para verificar la presencia de drogas en el organismo, antes del empleo. Después de una oferta de empleo, y antes de reportarse al trabajo, puede exigírsele someterse a una evaluación médica. Dependiendo de la política de la compañía y las necesidades del trabajo, puede exigírsele completar un formulario de historia clínica y puede tener que someterse al examen de un profesional médico designado por la compañía. Se prohíbe fumar en todas las áreas interiores de las instalaciones de la Compañía a menos que se hayan establecido áreas designadas para fumar en un lugar en particular conforme a la ley aplicable estatal y local.

"Conforme a la ley de Maryland, un empleador no puede exigir ni requerir, como condición de empleo, empleo potencial o continuación del empleo, que una persona se someta a un detector de mentiras o alguna prueba similar. Un empleador que contravenga esta ley es culpable de un delito menor y queda sujeto a una sanción que no supera \$100."

Solicitantes de Maryland, sírvanse firmar y acusar recibo del aviso anterior.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Solicitantes de Massachusetts: "Es ilegal en Massachusetts requerir o administrar una prueba con detector de mentiras como condición de empleo o de la continuación del empleo. Un empleador que contravenga esta ley quedará sujeto a sanciones penales y responsabilidad civil."

Solicitantes de Rhode Island: la Compañía está sujeta a los Capítulos 29-38 del apartado 28 de las Leyes Generales de Rhode Island y, por lo tanto, está cubierta por la ley de compensación de trabajadores del estado.

PERMISO PARA TRABAJAR EN LOS ESTADOS UNIDOS

Sí No ¿Es usted elegible legalmente para trabajar en los Estados Unidos?

Se le exigirá presentar evidencia de elegibilidad de empleo si es contratado.

CERTIFICACIÓN Y EXONERACIÓN

Certifico que he leído y entiendo la nota para el solicitante de este formulario y que las respuestas dadas por mí a las preguntas precedentes y las declaraciones efectuadas por mí son completas y fidedignas a mi más leal saber y entender. Entiendo que cualquier información falsa, omisión o engaño referente a esta solicitud, ya sea que conste en este documento o no, puede causar el rechazo de mi solicitud o el despido en cualquier momento durante mi empleo. Autorizo a la compañía y/o sus agentes, incluso a los centros de informes de consumidores, a verificar cualquiera de esta información. Exonero a todos los ex-empleadores, personas, escuelas, compañías y autoridades policiales de cualquier responsabilidad por perjuicios que pudiera surgir de esta información. También entiendo que el uso de drogas ilegales queda prohibido durante el empleo. Si lo requiere la política de la compañía, estoy dispuesto a someterme a pruebas de drogas para detectar el uso de drogas ilegales antes y durante el empleo.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Divulgación / Autorización del postulante Referente a la consecución de informes de consumidores

_____ (la "Compañía") ordenará un informe del consumidor y/o un informe de investigación del consumidor ("informe de antecedentes") sobre usted en relación con su solicitud de empleo, o si ya está contratado, o si ya trabaja en la Compañía, podemos pedir informes adicionales de antecedentes sobre usted para fines de empleo sin obtener otro consentimiento, donde lo permita la ley. La agencia de informes de consumidores ("Agencia de informes de consumidores") que preparará el informe es ADP Screening and Selection Services, 301 Remington Street, Fort Collins, Colorado 80524, teléfono 800-367-5933. En caso de que se utilice la información del informe en su totalidad o en parte para tomar una decisión adversa con respecto a su empleo potencial o existente, antes de tomar la decisión adversa, le entregaremos una copia del informe obtenido y una descripción por escrito de sus derechos conforme a la ley.

Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, dentro de un tiempo razonable, que efectuemos una divulgación completa y precisa de la naturaleza y alcance de la información solicitada. Dicha divulgación se le efectuará dentro de 5 días de la fecha en que recibamos su petición o dentro de 5 días del momento en que se pidió por primera vez el informe, lo que sea posterior. Para recibir esta información o para inspeccionar archivos referentes a un informe de este tipo o para determinar si se ha pedido un informe, puede ponerse en contacto con la Compañía o con la Agencia de informes de consumidores.

La Ley de informes justos de crédito y ciertas leyes estatales le conceden derechos específicos al tratar con agencias de informes de consumidores. Encontrará estos derechos en los documentos adjuntos.

Se le comunica que también podemos obtener un informe de investigación de consumidores que incluye información acerca de su carácter, reputación general, características personales y modo de vida. Al firmar a continuación, usted nos autoriza a ordenar informes de consumidor y/o de investigación del consumidor, sin limitarse a la siguiente información: validación del número de seguro social; antecedentes penales, públicos, educacionales y, según sea adecuado, antecedentes de conducción; historial de empleo y de sueldo; servicio militar; informes de crédito, verificaciones de licencias y certificaciones, además de resultados de pruebas de drogas. La información puede obtenerse de centros privados y públicos de información, además puede divulgarse a la agencia procesadora indicada a continuación y sus agentes.

Acepto que un facsímile o fotocopia de este formulario es igualmente válido que el formulario original.

Este informe será procesado por:
ADP Screening and Selection Services
301 Remington Street
Fort Collins, Colorado 80524
800-367-5933

Nombre del solicitante: _____
(Escriba con letra de imprenta)

Dirección del solicitante: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Firma: _____

Número de Seguro Social: _____

Sólo para fines de identificación: Fecha de nacimiento: _____

**Entregue al solicitante una copia de documentos de Avisos de Leyes Estatales, Resumen de
Derechos y Autorización de Exoneración. Retenga una copia para sus archivos.**

Para residentes de California, Minnesota, Massachusetts, Nueva York y Oklahoma o cargos ubicados en dichos estados: Puede solicitar una copia gratis de cualquier informe de verificación de antecedentes al marcar la casilla a continuación.

Solicito una copia gratis del informe.

AVISOS DE LEYES ESTATALES:

Si vive o busca trabajar para la Compañía en California, Maine, Massachusetts, Nueva York o el Estado de Washington, tenga presente lo siguiente:

CALIFORNIA: Puede ver el archivo que tiene para usted la Agencia de informes de consumidores, y pedir una copia del archivo, al presentar identificación adecuada y pagar los costos de copias, dirigiéndose a las oficinas de la Agencia de informes de consumidores, durante los horarios normales de atención y con la anticipación adecuada, por correo. También puede pedir un resumen del archivo por teléfono. La Agencia de informes de consumidores puede contestar preguntas acerca de información en su archivo, incluyendo cualquier información codificada. Si va en persona, otra persona puede ir con usted, siempre que dicha persona pueda mostrar una identificación adecuada.

MAINE: Si nos pregunta, tiene derecho a saber si la Compañía pidió un informe de verificación de antecedentes suyos. Puede pedir el nombre, la dirección y el número de teléfono de la oficina más cercana de la Agencia de informes de consumidores. Le enviaremos esta información dentro de cinco días laborables de haber recibido su petición. Tiene derecho a pedir el informe a la Agencia de informes de consumidores.

MASSACHUSETTS: Si lo pide, tiene derecho a recibir una copia de cualquier informe de verificación de antecedentes suyos que haya pedido la Compañía. Puede ponerse en contacto con la Agencia de informes de consumidores para recibir una copia.

NUEVA YORK: Si lo solicita por escrito, tiene derecho a saber si la Compañía pidió un informe de verificación de antecedentes suyos a la Agencia de informes de consumidores. Puede inspeccionar y pedir una copia del informe poniéndose en contacto con la Agencia de informes de consumidores.

ESTADO DE WASHINGTON: Tiene derecho, mediante solicitud por escrito efectuada dentro de un período razonable de tiempo después de que reciba esta divulgación, a recibir de la Compañía una divulgación completa y correcta de la naturaleza y alcance de todo informe de "investigación" de un consumidor que podamos haber pedido. También tiene derecho a solicitar a la Agencia de informes de consumidores un resumen por escrito de sus derechos y remedios conforme a la Ley de informes justos de crédito de Washington. Si la Compañía obtiene información acerca de su aptitud de crédito, solvencia crediticia o capacidad de crédito, se utilizará para evaluar si usted presentaría un riesgo inaceptable de robo o de algún otro comportamiento deshonesto en el trabajo para el cual se le considera.

Un Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito

La Ley Federal de Informe Justo de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*, FCRA) fomenta la exactitud, justicia y privacidad de la información en los expedientes de las agencias de informe del consumidor. Existen muchos tipos de agencias de informe del consumidor, incluyendo las agencias de crédito (credit bureaus) y las especializadas (como agencias que venden información sobre historial de firma de cheques, expedientes médicos e historial de alquiler). A continuación tiene un breve resumen de sus principales derechos en virtud de la FCRA. **Para más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm o escriba a: Consumer Response Center, Room 130- A, Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20580.**

• **Deben notificarle si la información en su expediente se ha utilizado en contra de usted.** Todo aquel que utilice un informe de crédito u otro tipo de informe de consumidor para denegar su solicitud de crédito, seguro o empleo, o para emprender otra acción contra usted, debe informarle y debe darle el nombre, la dirección y el teléfono de la agencia que proporcionó esa información.

• **Tiene derecho a saber lo que está en su expediente.** Puede solicitar y obtener toda la información sobre usted en los archivos de una agencia de informe del consumidor. Deberá proporcionar identificación, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación de esta información será gratuita. Tiene derecho a una divulgación gratuita si:

- una persona ha emprendido una acción adversa contra usted debido a información en su informe de crédito;
- usted es víctima de un robo de identidad y se coloca una alerta de fraude en su expediente;
- su expediente contiene información no exacta como resultado de fraude;
- usted recibe asistencia pública;
- no está empleado pero anticipa solicitar empleo en 60 días.

Asimismo, para septiembre de 2005, todos los consumidores tendrán derecho a una divulgación cada 12 meses si así lo solicitan a cada agencia de crédito nacional y de las agencias nacionales de informe del consumidor especializadas. Para información adicional, visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm.

• **Tiene derecho a pedir su puntuación de crédito.** Las puntuaciones de crédito son resúmenes numéricos de su valía de crédito basados en información de las agencias de crédito. Puede solicitar una puntuación de crédito de agencias de informe del consumidor que crean puntuaciones o distribuyen las puntuaciones utilizadas en préstamos de bienes raíces residenciales, pero tendrá que pagar para recibirla. En algunas transacciones hipotecarias, el prestamista le dará gratuitamente información sobre su puntuación de crédito.

• **Tiene derecho a confrontar información incompleta o no exacta.** Si identifica información en su expediente que es incompleta o inexacta, y la reporta a la agencia de

informe del consumidor, la agencia debe investigar a menos que su confrontación sea frívola. Visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm para una explicación de los procedimientos de confrontación.

• **Las agencias de informe del consumidor deben corregir o eliminar información inexacta, incompleta o no verificable.** La información no exacta, incompleta o no verificable debe ser retirada o corregida, generalmente dentro de 30 días. No obstante, una agencia de informe del consumidor puede seguir reportando información si ha verificado su exactitud.

• **Las agencias de informe del consumidor no pueden reportar información negativa atrasada.** En la mayoría de los casos, una agencia de informe del consumidor puede no reportar información negativa ocurrida hace más de siete años, ni quiebras ocurridas hace más de 10 años.

• **El acceso a su expediente es limitado.** Una agencia de informe del consumidor puede proporcionar información sobre usted solamente a personas que realmente la necesiten - generalmente para considerar una solicitud con un acreedor, asegurador, empleador, propietario de vivienda u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son las personas que tienen una necesidad válida de acceso.

• **Debe otorgar su consentimiento para que se envíen sus informes a empleadores.** Una agencia de informe del consumidor no puede dar información sobre usted a su empleador, o a un posible empleador, sin su consentimiento escrito previo otorgado al empleador. El consentimiento escrito generalmente no es requerido en la industria de camiones. Para más información visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm.

• **Puede limitar las ofertas "preevaluadas" de crédito y seguro que obtiene basadas en información en su informe de crédito.** Las ofertas "preevaluadas" de crédito y seguro deben incluir un número de teléfono sin cargo al que puede llamar si desea eliminar su nombre y dirección de las listas en las que se basan estas ofertas. Puede optar por no figurar en las listas de las agencias de crédito llamando al 1-888-5-OPTOUT (1-888-567-8888).

• **Puede obtener compensación de los acreedores.** Si una agencia de informe del consumidor, o en algunos casos, un usuario de informes de consumidor o proveedor de información a una agencia de informe del consumidor infringe la FCRA, usted puede presentar un pleito en un tribunal estatal o federal.

• **Las víctimas de robo de identidad y el personal militar en activo tienen derechos adicionales.** Para más información, visite www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm.

Los estados tienen autoridad para hacer cumplir la FCRA, y muchos estados tienen su propia legislación de informe del consumidor. En algunos casos, usted puede tener más derechos en virtud de la ley estatal. Comuníquese con su agencia de protección estatal o local del consumidor o su Fiscal general estatal. Las agencias a nivel federal son:

TIPO DE NEGOCIO:	CONTACTAR:
Agencias de informe del consumidor, acreedores y otros no mencionados abajo	Federal Trade Commission: Consumer Response Center - FCRA Washington, DC 20580 1-877-382-4357

Autorización de exoneración del postulante

- I. En relación con mi solicitud de empleo o continuación de empleo en _____ (la Compañía), entiendo que se pedirá un informe de consumidor y/o un informe de investigación del consumidor que puede incluir información sobre mi carácter, reputación general, características personales, modo de vida, hábitos de trabajo, desempeño y experiencia, junto con razones de término de empleos anteriores. Entiendo que en cumplimiento con la ley aplicable y según lo indica la política de la compañía y según el cargo descrito, puede pedirse información de fuentes públicas y privadas, sobre lo siguiente, entre otros aspectos: lesiones cubiertas por compensación de trabajadores, antecedentes como conductor, antecedentes de tribunales, educación, credenciales, crédito y referencias. Si lo requiere la política de la compañía, estoy dispuesto a someterme a pruebas de drogas para detectar el uso de drogas ilegales antes y durante el empleo.
- II. Solamente se pedirá información médica y de compensación de trabajadores en conformidad con la Ley Federal de Americanos con Discapacidades (ADA) y/o cualquier otra ley estatal aplicable. Conforme a la Ley de informes justos de crédito, tengo derecho a saber si se deniega el empleo debido a información obtenida por mi posible empleador de una Agencia de informes de consumidores. De ser así, se me notificará y se me dará el nombre y la dirección de la agencia o la fuente que entregó la información.
- III. Reconozco que un facsímile (FAX) telefónico o copia fotográfica será igualmente válida que el original. Esta exoneración es válida para la mayoría de las agencias federales, estatales y de condados, incluso el Departamento del Trabajo de Minnesota.
- IV. Solamente solicitantes de Massachusetts, Minnesota, Oklahoma, Nueva York, Maine, Washington, Nueva Jersey y California: si desea una copia gratis del(los) informe(s) pedido(s), marque esta casilla . El (o los) informes se los enviará la agencia de informes de consumidores indicada aquí. Los informes serán procesados por: ADP Screening and Selection Services, 301 Remington Street, Fort Collins, Colorado 80524. Consulte el formulario de Divulgación / Autorización de postulantes para ver otros avisos.
- V. Por la presente autorizo, sin reservas, a cualquier agencia policial, institución, oficina de servicios de información, escuela, empleador, referencia o aseguradora que contacte _____ (la Compañía) o su agente, para entregar la información descrita en la Sección.
- VI. Autorizo por la presente que se revele información de mis registros de pruebas de drogas y alcohol reguladas por el Departamento de Transportes que haya efectuado mi empleador previo a _____. Esta exoneración está conforme a la reglamentación del Dpto. de Transportes 49 CFR Parte 40, sección 40.25. Entiendo que la información que va a revelar mi empleador previo, se limita a los siguientes artículos regulados por el Dpto. de Transportes: pruebas de alcohol con un resultado de 0.04 o mayor, análisis verificados positivos de drogas, rehusarse a someterse a prueba, otras infracciones de reglamentaciones de agencias del Dpto. de Transportes para pruebas de drogas y alcohol, información obtenida de empleadores previos de una contravención de una regla de drogas y alcohol y cualquier documentación de conclusión del proceso de regreso al trabajo después de contravenir una regla.

Las agencias policiales y otras entidades requieren la siguiente información para fines de identificar positivamente al verificar registros públicos. Es confidencial y no se utilizará para ningún otro fin. Por este intermedio exonero al empleador y sus agentes y toda persona, agencia y entidad que entregue información o informes acerca de mí de toda responsabilidad que surja de las peticiones o de la divulgación de información o informes antes mencionados.

Escriba con letra de imprenta su nombre completo APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Escriba con letra de imprenta otros nombres que haya usado

Dirección actual

Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social Fecha de nacimiento (SÓLO PARA FINES DE IDENTIFICACIÓN)

Los siguientes estados requieren sexo y raza para obtener información: Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Iowa, Illinois, Indiana, Michigan, Oregon, Carolina del Sur, Texas, Wisconsin

Sexo: Masculino Femenino Raza: Asiático Negro Hispano o latino Blanco Otro

Número de licencia de conducir Estado emisor de la licencia de conducir Nombre como aparece en la licencia

JURO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE ENTREGADO EN ESTE FORMULARIO ES FIDELIDAD Y CORRECTA. ENTIENDO QUE LA DESHONESTIDAD ME DESCALIFICARÁ PARA SER CONSIDERADO PARA UN EMPLEO, O SI SE ME CONTRATA O YA TRABAJA PARA LA COMPAÑÍA, QUE PUEDO SER DESPEDIDO.

Firma **Fecha**

Si es necesario, certifique aquí ante notario. Al utilizar un sello en relieve, sombree con un lápiz antes de enviar por fax.

Firmado y jurado ante mí:

Nombre

Fecha

Firma del Notario Público

Mi comisión expira el

ESTA PÁGINA CONTIENE INFORMACIÓN DELICADA. CONSERVAR SOLAMENTE EN ARCHIVOS SEGUROS, SEPARADAMENTE DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL!

FORMULARIO DE AUTO-IDENTIFICACIÓN DE EEOC (OPCIONAL)

Se reúne esta información para acción afirmativa conforme a la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973. La información pedida es voluntaria y se mantendrá confidencial. No se someterá a un solicitante a ningún trato adverso por negarse a completar el cuestionario.

El objetivo de esta sección es asistir en el monitoreo de programas de acción afirmativa y ayudar a cumplir con cualquier informe periódico o de mantenimiento de registros que requiera el Gobierno. Esta información no forma parte de su solicitud de empleo, y no se considerará en el proceso de empleo/selección. Si decide entregar la información, complete lo siguiente:

Nombre: _____

Título del puesto al cual postula: _____

SEXO

- Masculino
 Femenino

RAZA/ETNICIDAD

¿Es de origen hispano o latino?

- Sí
 No

Si contestó "No" a "¿Es de origen hispano o latino?" indique qué raza cree ser:

- Indio Americano o Nativo de Alaska (No hispano ni latino)
 Asiático (No hispano ni latino)
 Negro o Afro-americano (No hispano ni latino)
 Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico (No hispano ni latino)
 Blanco (No hispano ni latino)
 Dos o más razas (No hispano ni latino)

VETERANOS DE GUERRA/SITUACIÓN MILITAR EN EE.UU.

- Veterano discapacitado especial
- Un veterano con derecho a remuneración según las leyes administradas por el Dpto. de Asuntos de Veteranos por una discapacidad (a) calificada en un 30% o más, o (b) calificada en un 10% ó 20% si se ha determinado que la persona tiene una discapacidad laboral seria; o
 - Un veterano que fue dado de baja o relevado del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio.
- Veterano de la era de Vietnam
- Sirvió en las fuerzas armadas, ejército, marina o fuerza aérea de EE.UU. en servicio activo por un período de más de 180 días, y fue dado de baja o relevado de su cargo por motivos que no fueran deshonrosos, si ocurrió alguna parte de dicho servicio activo: (a) en la República de Vietnam entre el 02/28/1961 y el 05/07/1975; o (b) entre el 08/05/1964 y el 05/07/1975, en todos los otros casos; o
 - Fue dado de baja o relevado del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio si desempeñó alguna parte de dicho servicio activo: (a) en la República de Vietnam entre el 02/28/1961 y el 05/07/1975; o (b) entre el 08/05/1964 y el 05/07/1975, en todos los otros casos.
- Otro veterano protegido
- Otro veterano protegido se define como un veterano que sirvió en las fuerzas armadas, ejército, marina o fuerza aérea de los EE.UU. en servicio activo durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual se autorizó una credencial de campaña.

PERSONAL Y CONFIDENCIAL

ESTA PÁGINA CONTIENE INFORMACIÓN DELICADA. ¡CONSERVAR SOLAMENTE EN ARCHIVOS SEGUROS, SEPARADAMENTE DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL!

