

HUMBOLDT OFFICE
 1576 State Highway 36
 P. O Box 335
 Fortuna, CA 95540
 707 768-3781 phone
 707 768-3784 FAX

APPLICATION FOR EMPLOYMENT
SOLICITUD DE EMPLEO – DEBE COMPLETARSE EN INGLÉS

ORLAND OFFICE
 1637 Railroad
 Avenue
 Orland, CA 95963
 530 865-3453 phone
 530 865-3546 FAX



Employment with Steve Wills Trucking & Logging, LLC is at will. This means employment is for an indefinite period of time and it is subject to termination by you or Steve Wills Trucking & Logging, LLC, with or without cause, with or without notice, and at any time.

El empleo con Steve Wills Trucking & Logging, LLC es a voluntad. Esto significa que el empleo es por un período de tiempo indefinido y está sujeto a la terminación por usted o Steve Wills Trucking & Logging, LLC, con o sin causa, con o sin previo aviso, y en cualquier momento.

INSTRUCTIONS/INSTRUCCIONES

- 1) **PLEASE READ CAREFULLY AND ANSWER ALL QUESTIONS/POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE Y RESPONDE A TODAS LAS PREGUNTAS**
 2) **PRINT CLEARLY/IMPRIMA CON CLARIDAD**

Position Applying for - Posición Que solicita		Date you can Start - Fecha en la que puede comenzar		Desired Wage - Salario deseado	
Last Name - Apellido		First Name - Nombre		Initial - Inicial	
Home Phone Number - Número de teléfono residencial ()		Cell Phone Number - Número de teléfono celular ()		Date of Birth - Fecha de nacimiento	

List your addresses of residency for the past 3 years - Enumere todas las licencias o permisos de conducir de los últimos 3 años

Current Address (Street, City, State, Zip) - Dirección Actual (Calle, Ciudad, Estado, Código)	How Long?/¿Cuánto tiempo?	
	Yrs/Años	Mos/Meses
Previous Address (Street, City, State, Zip) - Dirección Anterior (Calle, Ciudad, Estado, Código)	How Long?/¿Cuánto tiempo?	
	Yrs/Años	Mos/Meses
Previous Address (Street, City, State, Zip) - Dirección Anterior (Calle, Ciudad, Estado, Código)	How Long?/¿Cuánto tiempo?	
	Yrs/Años	Mos/Meses
Previous Address (Street, City, State, Zip) - Dirección Anterior (Calle, Ciudad, Estado, Código)	How Long?/¿Cuánto tiempo?	
	Yrs/Años	Mos/Meses

Can you, after employment, submit verification of your legal right to work in the United States? (such proof may be required after employment) ¿Puede, después del empleo, presentar una verificación de su derecho legal a trabajar en los Estados Unidos? (tal prueba puede ser requerida después del empleo)			Yes/Sí	No/No
Have you worked for this company before? ¿Ha trabajado para esta compañía antes?	Yes/ Sí	No/No	From/Desde:	
Position/Posición:		Reason for leaving/Razón para irse:		
Are you employed now? ¿Está empleado ahora?	Yes/ Sí	No/No	If not, how long since leaving last employment? Si no, cuánto tiempo hace desde que dejó el último empleo?	
Have you ever been convicted of a felony? ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?			Yes/ Sí	No/No
If yes, please explain fully on a separate sheet of paper. Conviction of a crime is not an automatic bar to employment; all circumstances will be considered. En caso afirmativo, favor de explicar completamente en una hoja de papel separada. La condena por un delito no es un impedimento automático para el empleo, todas las circunstancias serán consideradas.				

===== **EDUCATION/EDUCACIÓN** =====

CIRCLE HIGHEST GRADE COMPLETED/CIRCULE EL GRADO MÁS ALTO COMPLETADO: 1 2 3 4 5 6 7 8

HIGH SCHOOL/ ESCUELA SECUNDARIA: 1 2 3 4 **COLLEGE/UNIVERSIDAD:** 1 2 3 4

LAST SCHOOL ATTENDED/ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ: _____
 (NAME/NOMBRE) (CITY, STATE/CIUDAD, ESTADO)

EXPERIENCE AND QUALIFICATIONS – DRIVER/ EXPERIENCIA Y CUALIFICACIONES – CONDUCTOR

List all driver licenses or permits held in the past 3 years/ Enumere todas las licencias o permisos de conducir de los últimos 3 años

DRIVER LICENSES Licencias De Conducir	STATE/ESTADO	LICENSE NO/ NO. DE LICENCIA	TYPE/ Tipo	EXPIRATION DATE/ FECHA DE CADUCIDAD

A.	Have you ever been denied a license, permit or privilege to operate a motor vehicle? ¿Alguna vez se le ha negado una licencia, permiso o privilegio para operar un vehículo de motor?	Yes/Sí	No/No
B.	Has any license, permit or privilege ever been suspended or revoked? ¿Alguna vez se ha suspendido o revocado alguna licencia, permiso o privilegio?	Yes/Sí	No/No

IF THE ANSWER TO EITHER A OR B IS "YES", GIVE DETAILS/SI LA RESPUESTA A (A) O (B) ES "SÍ", DE DETALLES: _____

DRIVING EXPERIENCE/COMPROBACIÓN DE EXPERIENCIA DE CONDUCCIÓN

Class of Equipment/ Clase de Equipo	Circle Type of Equipment Circule El Tipo de Equipo		Dates Fechas		Approx. No. of Miles (Total) APROX. NO. DE MILLAS (TOTAL)
			From/Desde	To/Hasta	
			(Mo/Yr) (Mes/Año)	(Mo/Yr) (Mes/Año)	
Straight Truck/Camión recto	(Van, Tank, Flat, Dump, Refer)				
Tractor and Semi-Trailer/Tractor y semirremolque	Yes/Sí	No/No	(Van, Tank, Flat, Dump, Refer)		
Tractor – Trailers (2)/Tractor y semirremolque (2)	Yes/Sí	No/No	(Van, Tank, Flat, Dump, Refer)		
Tractor – Trailers (3)/ Tractor y semirremolque (3)	Yes/Sí	No/No	(Van, Tank, Flat, Dump, Refer)		

EMPLOYMENT HISTORY/HISTORIA DE EMPLEO

All driver applicants to drive in interstate commerce must provide the following information on all employers during the preceding 3 years. List complete mailing address, street number, city, state and zip code.

Applicants to drive a commercial motor vehicle* in intrastate or interstate commerce shall also provide an additional 7 years information on those employers for whom the applicant operated such vehicle (Note: List employers in reverse order starting with the most recent. Add another sheet as necessary.)

Todos los solicitantes de conductores para conducir en el comercio interestatal deben proporcionar la siguiente información sobre todos los empleadores durante los 3 años anteriores. Enumere la dirección postal completa, el número de calle, la ciudad, el estado y el código postal.

Los solicitantes para conducir un vehículo de motor comercial* en el comercio estatal o interestatal también proporcionarán información adicional de 7 años sobre esos empleadores para quien el solicitante operó dicho vehículo (Nota: Enumere a los empleadores en orden inverso a partir del más reciente. Agregue otra hoja según sea necesario.)

PREVIOUS EMPLOYMENT - LISTA DE EMPLEO ANTERIOR

LIST EMPLOYERS STARTING WITH CURRENT OR MOST RECENT FIRST – ENUMERE LOS EMPLEADORES COMENZANDO CON EL ACTUAL O EL MAS RECIENTE PRIMERO

Employer/ Empleador			Date/ Fecha				
NAME/Nombre:			From/ Desde		To/Hasta		
			Mo/Mes	Yr/Año	Mo/Mes	Yr/Año	
Address/ Dirección:			Position Held/Posición Ocupado				
City/Ciudad:	State/Estado	Zip/Código	Salary/Wage - Salario				
Contact Person Name Persona de Contacto Nombre:	Phone Number No de teléfono		Reason for Leaving/Motivo para irse				
Were you subject to the FMCSRs while employed?/ ¿Estuvo sujeto a las FMCSA† mientras trabajaba?						Yes/ Sí	No/ No
Was your job designated as a Safety-Sensitive Function in any DOT related mode subject to the Drug and Alcohol Testing requirements of 49 CFR PART 40? ¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en cualquier modo relacionado con el DOT sujeto a los requisitos de pruebas de drogas y alcohol de 49 CFR Parte 40?						Yes/ Sí	No/ No

Employer/ Empleador			Date/ Fecha			
NAME/Nombre:	From/ Desde		To/Hasta			
	Mo/Mes	Yr/Año	Mo/Mes	Yr/Año		
Address/ Dirección:			Position Held/Posición Ocupado			
City/Ciudad:	State/Estado	Zip/Código	Salary/Wage - Salario			
Contact Person Name Persona de Contacto Nombre:		Phone Number No de teléfono	Reason for Leaving/Motivo para irse			
Were you subject to the FMCSRs† while employed? / ¿Estuvo sujeto a las FMCSA† mientras trabajaba?					Yes/ Sí	No/ No
Was your job designated as a Safety-Sensitive Function in any DOT related mode subject to the Drug and Alcohol Testing requirements of 49 CFR PART 40? ¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en cualquier modo relacionado con el DOT sujeto a los requisitos de pruebas de drogas y alcohol de 49 CFR Parte 40?					Yes/ Sí	No/ No
Employer/ Empleador			Date/ Fecha			
NAME/Nombre:	From/ Desde		To/Hasta			
	Mo/Mes	Yr/Año	Mo/Mes	Yr/Año		
Address/ Dirección:			Position Held/Posición Ocupado			
City/Ciudad:	State/Estado	Zip/Código	Salary/Wage - Salario			
Contact Person Name Persona de Contacto Nombre:		Phone Number No de teléfono	Reason for Leaving/Motivo para irse			
Were you subject to the FMCSRs while employed? / ¿Estuvo sujeto a las FMCSA† mientras trabajaba?					Yes/ Sí	No/ No
Was your job designated as a Safety-Sensitive Function in any DOT related mode subject to the Drug and Alcohol Testing requirements of 49 CFR PART 40? ¿Su trabajo fue designado como una función sensible a la seguridad en cualquier modo relacionado con el DOT sujeto a los requisitos de pruebas de drogas y alcohol de 49 CFR Parte 40?					Yes/ Sí	No/ No

* Includes vehicles having a GVWR of 26,001 lbs. or more, vehicles designed to transport 16 or more passengers (including the driver), or any size vehicle used to transport hazardous materials in a quantity requiring placarding.

†The Federal Motor Carrier Safety Regulations (FMCSRs) apply to anyone operating a motor vehicle on a highway in interstate commerce to transport passengers or property when the vehicle: (1) weighs or has a GVWR of 10,001 pounds or more, (2) is designed or used to transport more than 8 passengers (including the driver), OR (3) is of any size and is used to transport hazardous materials in a quantity requiring placarding.

* Incluye vehículos con un GVWR de 26,001 lbs. o más, vehículos diseñados para transportar 16 o más pasajeros (incluido el conductor), o cualquier vehículo de tamaño utilizado para transportar materiales peligrosos en una cantidad que requiere placa.

† Las Regulaciones Federales de Seguridad de Autotransportes (FMCSA) se aplica a cualquier persona que opere un vehículo de motor en una carretera en el comercio interestatal para transportar pasajeros o propiedades cuando el vehículo: (1) pesa o tiene un GVWR de 10,001 libras o más, (2) está diseñado o utilizado para transportar a más de 8 pasajeros (incluido el conductor), O (3) es de cualquier tamaño y se utiliza para transportar materiales peligrosos en una cantidad que requiere placa.

ACCIDENT RECORD FOR THE PAST 3 YEARS OR MORE/ REGISTRO DE ACCIDENTES DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS O MÁS

(ATTACH SHEET IF MORE SPACE IS NEEDED) IF NONE, WRITE NONE/(ADJUNTE HOJA SI SE NECESITA MÁS ESPACIO) SI NO HAY NINGUNO, ESCRIBA NINGUNO

DATES FECHAS		NATURE OF ACCIDENT NATURALEZA DEL ACCIDENTE	FATALITIES MUERTES	INJURIES LESIONES	HAZARDOUS MATERIAL SPILL DERRAME DE MATERIALES PELIGOROSOS
Last Accident Último Accidente					
Next Previous Siguiete Anterior					
Next Previous Siguiete Anterior					

TRAFFIC CONVICTIONS AND FORFEITURES FOR THE PAST 3 YEARS (OTHER THAN PARKING VIOLATIONS) IF NONE, WRITE NONE
CONDENAS Y DECOMISOS DE TRÁFICO DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS (APARTE DE VIOLACIONES DE ESTACIONAMIENTO) SI NINGUNO, ESCRIBA NINGUNO

LOCATION/UBICACIÓN	DATE/FECHA	CHARGE/CARGO	PENALTY/PENA

ATTACH SHEET IF MORE SPACE IS NEEDED/ADJUNTE HOJA SI SE NECESITA MÁS ESPACIO

EMERGENCY CONTACT/ CONTACTO DE EMERGENCIA

Who do we notify in case of an emergency during working hours?/¿A quién notificamos en caso de emergencia durante las horas de trabajo?

Name/Nombre: _____ **Relation/Relación:** _____

Address/Dirección _____ **Telephone No/ No. De Teléfono** _____

In compliance with Federal and State equal employment opportunity laws, qualified applicants are considered for all positions without attention to or race, color, religion, sex, national origin, age, marital status, veteran status, nonjob-related disability or any other protected group status.

En cumplimiento de las leyes federales y estatales de igualdad de oportunidades de empleo, los solicitantes calificados se consideran para todas las posiciones sin atención a raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, estado civil, estado de veteranos, discapacidad no relacionada con el trabajo o cualquier otro estatus de grupo protegido.

TO BE READ AND SIGNED BY APPLICANT/ PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL SOLICITANTE

This certifies that this application was completed by me, and that all entries on it and information in it are true and complete to the best of my knowledge.

Esto certifica que esta solicitud fue completada por mí, y que todas las entradas en ella y la información en ella son verdaderas y completas hasta donde yo sé.

Applicant Signature/Firma del solicitante: _____ **Date/Fecha:** _____

TO BE READ AND SIGNED BY APPLICANT

I authorize you to make such investigations and inquiries of my personal, employment, financial or medical history and other related matters as may be necessary in arriving at an employment decision. (Generally, inquiries regarding medical history will be made only if and after a conditional offer of employment has been extended.) I hereby release employers, schools, health care providers and other persons from all liability in responding to inquiries and releasing information in connection with my application.

In the event of employment, I understand that false or misleading information given in my application or interview(s) may result in discharge. I understand, also that I am required to abide by all rules and regulations of the Company.

I understand that information I provide regarding current and/or previous employers may be used, and those employer(s) will be contacted, for the purpose of investigating my safety performance history as required by 49 CFR 391.23(d) and (e). I understand that I have the right to:

- Review information provided by previous employers;
- Have errors in the information corrected by previous employers and for those previous employers to re-send the corrected information to the prospective employer; and
- Have a rebuttal statement attached to the alleged erroneous information, if the previous employer(s) and I cannot agree on the accuracy of the information.

Signature _____ Date _____

PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL SOLICITANTE

Le autorizo a realizar las investigaciones y consultas de mi historial personal, laboral, financiero o médico y otros asuntos relacionados que puedan ser necesarios para llegar a una decisión laboral. (Por lo general, las consultas relativas a la historia médica se harán solo si y después de que se haya extendido una oferta condicional de empleo). Por la presente libero a empleadores, escuelas, proveedores de atención médica y otras personas de toda responsabilidad a consultas y divulgar información en relación con mi solicitud.

En caso de empleo, entiendo que la información falsa o engañosa dada en mi solicitud o entrevista (s) puede resultar en que me despidan. Entiendo, también, que estoy obligado a cumplir con todas las reglas y regulaciones de la Compañía.

Entiendo que se puede utilizar la información que proporciono con respecto a empleadores actuales y / o anteriores y se contactara con esos empleadores, con el fin de investigar mi historia de desempeño de seguridad según lo requerido por 49 CFR 391.23 (d) y (e). Entiendo que tengo derecho a:

- Revisar la información proporcionada por empleadores anteriores;
- Tener errores en la información corregida por los empleadores anteriores y para que los empleadores anteriores reenvíen la información corregida al posible empleador; y
- Tener una declaración de refutada adjunta a la supuesta información errónea, si el empleador o empleadores anterior y yo no podemos estar de acuerdo en la exactitud de información.

Firma _____ Fecha _____