



1234 Old Dorsey Rd
 Harmans, MD 21077
 Office: 410-768-2607
 Fax: 410-768-2614

Application For Employment

Solicitud De Empleo

Personal Information/ Información Personal

Date/Fecha: _____

Name (Last Name First)/ Nombre (Apellido Primero)		Home Phone/Teléfono de casa:	
		Cell Phone/ Teléfono móvil:	
Address/Dirección		City/Ciudad	State/Estado
			Zip Code/Código Postal
Drivers License: YES NO Class/Endorsement		Referred By/Recomendado Por	
DOT? YES NO Expiration Date/Fecha de caducidad: _____			

Employment Desired/ Empleo Deseado

Position/Puesto	Date You Can Start/ Fecha Que Puede Empezar	Salary Desired/Salario Deseado
Are You Employed Now?/Trabaja Actualmente? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Si</i>	Are You Legally Authorized To Work In The U.S.A? Esta Autorizado Para Trabajar Legalmente En EE.UU.? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Si</i>	
Have You Applied To This Company Before? A Postulado A Esta Compañía Antes? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>Si</i>	Where?/ Dónde? _____ _____ _____	When?/ Cuándo? _____ _____ _____

Education/ Educación

Name & Location of School Nombre Y Lugar De La Escuela	Years Attended Años Que Asistió	Did You Graduate? Se Graduó?	Subjects Studied Ramos Estudiados
High School Escuela Secundaria			
College Universidad			
Trade, Business or Correspondence School Escuela De Oficios, Negocios O Por Correspondencia			

Former Employers/ Empleadores Anteriores Begin With Most Recent Employer/ Empiece Por El Más Reciente

Date, Month and Year Fecha, Mes V Año	Name & Address of Employer Nombre V Dirección Del Empleador	Salary Salario	Position Puesto	Reason For Leaving Razón De Salida
From/Desde				
To/Hasta				
From/Desde				
To/Hasta				
From/Desde				
To/Hasta				
From/Desde				
To/Hasta				

Work References/ Referencias Give Below The Names Of Three Persons Not Related To You, Whom You Have Known At Least One Year. Dé El Nombre De Tres Personas Que No Sean Sus Parientes, V A Quienes Conozca Al Menas Un Año

Name/ Nombre	Phone/ Teléfono	Business/ Profesión	Years Known/ Años Que Lo Conoce

Authorization/ Autorización

"I certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, falsified statements on this application shall be grounds for dismissal.

I authorize investigation of all statements contained herein and the references and employers listed above to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and release the company from all liability for any damage that may result from utilization of such information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period of time, or to make any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws."

"Certifico que los datos contenidos en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender que, si se emplean, las declaraciones falsas contenidas en esta solicitud será motivo de despido.

Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento y las referencias y los empleadores mencionados anteriormente que le dé toda la información referente a mi empleo anterior y cualquier información pertinente que puedan tener, personales o de otra manera, y la liberación de la empresa de toda responsabilidad por cualquier daño que pueda el resultado de la utilización de dicha información.

También entiendo y estoy de acuerdo que ningún representante de la compañía tiene autoridad para entrar en cualquier acuerdo de empleo por un periodo de tiempo determinado, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito y firmada por un representante autorizado de la compañía

Esta denegación no permite la liberación o el uso de "relacionada con la discapacidad o la información médica en forma prohibida por los Americanos con Discapacidades (ADA) y otras leyes federales y estatales pertinentes."

Date/Fecha: _____ . Signature/ Firma _____ .