

**CLASSIC ROOFING**

Puesto(s) solicitado(s) \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cómo fue referido?:

- Anuncio  Empleado \_\_\_\_\_  Agencia de Empleo del Gobierno
- Al pasar  Familiar \_\_\_\_\_  Agencia de Empleo
- Otro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Otros nombres que ha usado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de Email: \_\_\_\_\_

¿Podemos llamarle a su trabajo? .....  Si  No

En caso de que si, el número de teléfono y mejor hora para hablarle ( ) \_\_\_\_\_

¿Si usted es menor de 18 años de edad, puede presentar un permiso de trabajo?.....  Si  No

En caso de que no, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Usted ha solicitado trabajo antes en La Compañía? .....  Si  No

En caso de que si, proporcione la fecha: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Usted tiene amigos o parientes que trabajan aquí?  Si  No En caso de que Si, Nombre: \_\_\_\_\_

¿Usted ha trabajado antes aquí? .....  Si  No

En caso de que si, proporcione la fecha: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo por el cual se retiro \_\_\_\_\_

¿Usted puede trabajar legalmente en este país?.....  Si  No

Fecha en la que esta disponible para trabajar..... \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de empleo deseado  Tiempo completo  Medio Tiempo  Temporal

¿En qué horario está usted disponible para trabajar? \_\_\_\_\_

Puede trabajar horas extras?.....  Si  No

En caso de que no, explique \_\_\_\_\_

¿Si el trabajo lo requiere, esta dispuesto a cambiar de residencia?  Si  No Si el trabajo lo requiere, puede Usted viajar?  Si  No

¿Lo han condenado por un crimen en los últimos siete (7) años?.....  Si  No

En caso de que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

EL HABER SIDO CONDENADO NO SERÁ UNA BARRERA PARA ESTE EMPLEO. CADA CASO Y EXPLICACION SERAN TOMADOS EN CONSIDERACION EN REFERENCIA CON EL PUESTO AL QUE USTED ESTA SOLICITANDO.

Número de la licencia si el conducir es una función esencial del trabajo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

# Historial Laboral

Proporcione la siguiente información: empleos anteriores y actuales, actividades realizadas, (use hojas adicionales si requiere). Explique cualquier hueco entre un empleo y otro. Incluya los empleos dentro de los últimos cinco (5).

COMPañIA	TELÉFONO ( )	FECHAS DE EMPLEO		RESUMA EL TIPO DE TRABAJO REALIZADO Y SUS RESPONSABILIDADES
		DE	A	
DOMICILIO		MES/ AÑO /	MES/ AÑO /	
PUESTO		SUELDO		
		INICIAL		
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE DIRECTO		\$	POR	
MOTIVO POR EL CUAL RENUNCIÓ		SUELDO		
		FINAL		
¿PODEMOS SOLICITAR REFERENCIAS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESPUES	\$	POR	
COMPañIA	TELÉFONO ( )	FECHAS DE EMPLEO		RESUMA EL TIPO DE TRABAJO REALIZADO Y SUS RESPONSABILIDADES
		DE	A	
DOMICILIO		MES/ AÑO /	MES/ AÑO /	
PUESTO		SUELDO		
		INICIAL		
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE DIRECTO		\$	POR	
MOTIVO POR EL CUAL RENUNCIÓ		SUELDO		
		FINAL		
¿PODEMOS SOLICITAR REFERENCIAS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESPUES	\$	POR	
COMPañIA	TELÉFONO ( )	FECHAS DE EMPLEO		RESUMA EL TIPO DE TRABAJO REALIZADO Y SUS RESPONSABILIDADES
		DE	A	
DOMICILIO		MES/ AÑO /	MES/ AÑO /	
PUESTO		SUELDO		
		INICIAL		
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE DIRECTO		\$	POR	
MOTIVO POR EL CUAL RENUNCIÓ		SUELDO		
		FINAL		
¿PODEMOS SOLICITAR REFERENCIAS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESPUES	\$	POR	
COMPañIA	TELÉFONO ( )	FECHAS DE EMPLEO		RESUMA EL TIPO DE TRABAJO REALIZADO Y SUS RESPONSABILIDADES
		DE	A	
DOMICILIO		MES/ AÑO /	MES/ AÑO /	
PUESTO		SUELDO		
		INICIAL		
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE DIRECTO		\$	POR	
MOTIVO POR EL CUAL RENUNCIÓ		SUELDO		
		FINAL		
¿PODEMOS SOLICITAR REFERENCIAS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESPUES	\$	POR	
COMPañIA	TELÉFONO ( )	FECHAS DE EMPLEO		RESUMA EL TIPO DE TRABAJO REALIZADO Y SUS RESPONSABILIDADES
		DE	A	
DOMICILIO		MES/ AÑO /	MES/ AÑO /	
PUESTO		SUELDO		
		INICIAL		
NOMBRE Y CARGO DE SU JEFE DIRECTO		\$	POR	
MOTIVO POR EL CUAL RENUNCIÓ		SUELDO		
		FINAL		
¿PODEMOS SOLICITAR REFERENCIAS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESPUES	\$	POR	

**Huecos En El Empleo** (Explique todos los períodos de tiempo en los que estuvo desempleado con duración de tres meses o más en su Historial Laboral, excepto los períodos de tiempo en que usted era estudiante de tiempo completo.)

De	A	Escriba lo que estuvo haciendo
Mes/Año /	Mes/Año /	
Mes/Año /	Mes/Año /	
Mes/Año /	Mes/Año /	

## Historial Académico

A. Indique las tres (3) últimas escuelas atendidas comenzando con la más reciente. B. Años terminados. C. Indique el grado o diploma obtenido, D. Promedio E. Tipo de especialidad

A. Escuela	B. Años Terminados	C. Grado/Diploma	D. Promedio	E. Especialidad
Nombre Ciudad y Estado		TIPO AÑO		
Nombre Ciudad y Estado		TIPO AÑO		
Nombre Ciudad y Estado		TIPO AÑO		

## Habilidades y Conocimientos

Enuncie cualquier tipo de capacitación especial, habilidades, licencias y/o certificados que lo califiquen para realizar funciones específicas del puesto solicitado. Usted también puede incluir habilidades de algún idioma extranjero, habilidades para usar la computadora,

---

---

---

---

## Información Adicional

Indique asociaciones profesionales, comerciales, o cívicas a las cuales pertenezca, reconocimientos otorgados, publicaciones realizadas, así como logros especiales.

EXCLUYA LA INFORMACION Y MEMBRESIA DE ASOCIACIONES LAS CUALES REVELEN SU SEXO, RAZA, RELIGION, ORIGEN, EDAD, COLOR, INCAPACIDAD OR CUALQUIER OTRO TIPO DE ESTATUS PROTEGIDO.

---

---

---

---

Agregue información que usted quiere que consideremos:

---

---

---

---

## Referencias

Indique el nombre y el número de teléfono de tres referencias de trabajo o negocio y que *no* se relacionen con usted. Si no las tiene, indique tres referencias personales que no se relacionen con usted o referencias de escuela.

Nombre	Relación	Teléfono	Años de Conocerse
		( )	
		( )	
		( )	

## En Caso De Emergencia, Notifique A:

NOMBRE

DIRECCION

TELEFONO

## COMO SOLICITANTE, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

La Compañía no discrimina al contratar ni contrata con base a raza, color, religión, sexo, país de origen, edad, incapacidad, estatus de veterano o el estatus dentro de cualquier otro grupo protegido. Ninguna de las preguntas en esta solicitud serán utilizadas para asegurar la información que se utilizará para tal discriminación. Conforme al Acta de Americanos con Discapacidades, es política de La Compañía emplear a individuos calificados con discapacidades siempre y cuando el individuo pueda realizar las funciones esenciales del trabajo, con o sin una comodidad.

En conexión con la consideración de La Compañía en emplearme, continuación del empleo, la promoción o la reasignación o como parte de una investigación, entiendo que La Compañía o las personas que actúan en su favor puede conducir preguntas con el fin de investigar los siguientes aspectos sobre mi persona : referencias de trabajo, referencias personales, antecedentes criminales, crédito del consumidor, expediente de conducción, y otros reportes pertenecientes a mí. Estas preguntas pueden incluir conversaciones personales con quienes tengan conocimiento relevante a estas categorías. Estas preguntas serán realizadas y los informes obtenidos serán para proveer a La Compañía la información relativa al trabajo con respecto a mi carácter, reputación general, características personales, expediente y características del trabajo, habilidades y capacidades, educación y capacitación, empleo y experiencia, motivo de separación de empleos anteriores y cualquier otra información pertinente.

Doy consentimiento por este medio a La Compañía, o las personas que actúan en su favor, para que puedan obtener la información antes mencionada, Autorizo sin reserva, a cualquier persona o entidad contactada por La Compañía o cualquier persona actuando a su favor para proveer la información indicada, dándole a esa persona o entidad la libertad de hacerlo y no los responsabilizo por esa acción. También libero de todas responsabilidades a La Compañía por conducir tal investigación. Entiendo que tengo el derecho de hacer una petición escrita dentro de un período de tiempo razonable para recibir información adicional y detallada sobre la naturaleza y el alcance de la(s) investigación(es).

Además de autorizar el que se brinde información con respecto a mis antecedentes y empleos anteriores, renuncio por este medio completamente a los derechos o reclamos que tengo o pueda tener en contra de mis patrones anteriores, sus agentes, empleados y sus representantes con respecto a dar información y los deslindo de cualquier reclamo, demanda, o el daño que pueda resultar directamente o indirectamente del uso, acceso, o de proporcionar cualquier información por cualquier persona o entidad, sea esta información favorable o desfavorable para mi persona.

Autorizo a La Compañía o personas que actúan en su favor para hacer estas investigaciones, y para utilizar la información relacionada al trabajo obtenida en su decisión del empleo, incluyendo pero no limitada a, la veracidad de mis respuestas a las preguntas del empleo de La Compañía. Indico por este medio que toda la información que proporciono en esta solicitud y en cualquier entrevista es verdadera y exacta. Es de mi conocimiento que las declaraciones falsas, las malas representaciones de hechos, o las omisiones materiales pueden ser suficientes para descalificarme para el empleo, o si soy empleado, pueden dar lugar a que pierda el empleo.

No he firmado ningún acuerdo de empleo u otro acuerdo que limita el tipo de trabajo que puedo aceptar en el futuro, o que limite con quien pueda yo trabajar en el futuro, con cualquier compañía patrón que me haya empleado en cualquier momento durante los últimos dos (2) años. Si una oferta de trabajo es extendida, mi empleo inicial y continuado será condicionado sobre la ejecución de acuerdos, si es apropiado, con respecto a la invención, patente, confidencialidad y la no-competencia. También entiendo que después de recibir una oferta de trabajo por La Compañía, puede ser necesario como condición del empleo el que me someta a un examen médico y/o a una prueba de consumo de drogas. Los candidatos a empleados podrán tener que ir a una instalación designada para someterse a una prueba de uso de drogas y alcohol como parte del proceso de selección.

En caso que La Compañía me emplee, se me requerirá que proporcione una prueba de identificación y de autorización para trabajar legalmente en este país, y debo de cubrir los requisitos de edad mínima según lo indica la ley. Entiendo y reconozco que no ha habido representaciones orales o escritas hechas prometiendo o garantizando el empleo o la continuación del mismo.

Entiendo que nada de lo que contiene esta solicitud, carta de ofrecimiento, o el proceso de la entrevista tiene la intención de crear un contrato de empleo entre La Compañía y mi persona. Si me emplean, tengo el derecho de terminar mi empleo en cualquier momento y por cualquier razón. De igual manera, La Compañía puede terminar mi empleo en cualquier momento, con o sin aviso y con o sin causa. También entiendo que ningún representante de La Compañía tiene autoridad de establecer ningún acuerdo conmigo para un tiempo específico o para garantizar algún otro beneficio, con excepción del Presidente y cualquier acuerdo debe de estar por escrito para ser efectivo. Los supervisores no tienen autoridad para hacer acuerdos verbales que garanticen las promociones de los empleados, los aumentos de salario, los beneficios, las reasignaciones o las transferencias futuras. Este tipo de acuerdos deben de presentarse por escrito y firmados por el Presidente para que sean validos. Esta declaración se aplica al período antes de o después de que pueda ser empleado.

Entiendo que mi solicitud de empleo será considerada como activa por 60 días. Después de los 60 días, y, si todavía deseo ser considerado para el empleo, será necesario que someta una nueva solicitud.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre de Solicitante: \_\_\_\_\_ (Escrito)

Date: \_\_\_\_\_

# Employee/Applicant Self Identification Form

The information below is used by the company only to maintain records required of employers pursuant to federal regulations. Any information supplied by you will not affect your employment with the Company. The Company is an Equal Opportunity Employer.

The Company complies with various federal and state laws and regulations that require the Company to file annual statistical reports on applicants and employees at the Company. In order to assist us in reporting accurate information and in analyzing the effectiveness of our diversity initiatives, we request your voluntary cooperation of self-identifying your race and ethnicity, and veteran status.<sup>1</sup> In extending this invitation you are also advised that: (a) workers (applicants) are under no obligation to respond, but may do so in the future if they choose; (b) responses will remain confidential within the Human Resources Department; and (c) responses will be used *only* for the necessary reporting and implementation of the Company's affirmative action obligations, if you are eligible and would like to be considered for participation. Filling out this form is voluntary and will have no impact on any hiring decision. Refusal to complete this form will not result in adverse action. You may self-identify at any time now or in the future.

Name (please print): \_\_\_\_\_

Position Applied For: \_\_\_\_\_

How did you hear of our opening?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Current Employee                    | <input type="checkbox"/> Government Employment Agency |
| <input type="checkbox"/> Newspaper Ad                        | <input type="checkbox"/> Walk-In                      |
| <input type="checkbox"/> Recruiter/Private Employment Agency |   |
| <input type="checkbox"/> Other - Explain: _____              |   |

**I do not wish to self-identify.**

## Race and Ethnicity:

- Two or More Races (Not Hispanic or Latino)**
- Hispanic or Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin regardless of race.
- White (Not Hispanic or Latino)** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
- Black or African American (Not Hispanic or Latino)** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Not Hispanic or Latino)** - A person having origins in any of the peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

---

<sup>1</sup> The information on this form is compiled based on federal regulations requiring the Company to summarize and submit an annual report regarding the above classification. The reports do not identify any specific individual. The form is confidential and is generally maintained in a separate, limited access file and should not generally be maintained in an employee's personnel file.

- Asian (Not Hispanic or Latino)** - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian Subcontinent, including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- American Indian or Alaska Native (Not Hispanic or Latino)** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintain tribal affiliation or community attachment.
- Other (specify)\_\_\_\_\_

**Gender:**

- Male
- Female

**Veteran Status: (if applicable)**

- Armed Forces Service Medal Veteran** - A veteran who:  
while serving on active duty in the U.S. military, ground, naval or air service, participated in a United States military operation for which an Armed Forces service medal was awarded pursuant to Executive Order 12985
- Other Protected Veteran** - Any veteran who served on active duty in the U.S. military, ground, naval, or air service, during a “war” or in a campaign or on an expedition for which a campaign badge has been authorized under the laws administered by the Department of Defense.
- Recently Separated Veteran** - A veteran who is in the three year period beginning on the date of such veteran’s discharge or release from active duty in the U.S. military, ground, naval or air service.

After being hired, an individual will be provided the opportunity to self-identify as a **Special Disabled Veteran** - A veteran of the U.S. military, ground, naval or air service who is entitled to compensation (or who but for the receipt of military retired pay would be entitled to compensation) under laws administered by the Secretary of Veterans Affairs or a person who was discharged or released from active duty because of a service-connected disability.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires 1/31/2017  
Page 1 of 2

### Why are you being asked to complete this form?

Because we do business with the government, we must reach out to, hire, and provide equal opportunity to qualified people with disabilities.<sup>1</sup> To help us measure how well we are doing, we are asking you to tell us if you have a disability or if you ever had a disability. Completing this form is voluntary, but we hope that you will choose to fill it out. If you are applying for a job, any answer you give will be kept private and will not be used against you in any way.

If you already work for us, your answer will not be used against you in any way. Because a person may become disabled at any time, we are required to ask all of our employees to update their information every five years. You may voluntarily self-identify as having a disability on this form without fear of any punishment because you did not identify as having a disability earlier.

### How do I know if I have a disability?

You are considered to have a disability if you have a physical or mental impairment or medical condition that substantially limits a major life activity, or if you have a history or record of such an impairment or medical condition.

Disabilities include, but are not limited to:

- Blindness
- Autism
- Bipolar disorder
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Deafness
- Cerebral palsy
- Major depression
- Obsessive compulsive disorder
- Cancer
- HIV/AIDS
- Multiple sclerosis (MS)
- Impairments requiring the use of a wheelchair
- Diabetes
- Schizophrenia
- Missing limbs or partially missing limbs
- Intellectual disability (previously called mental retardation)
- Epilepsy
- Muscular dystrophy

**Please check one of the boxes below:**

- YES, I HAVE A DISABILITY (or previously had a disability)
- NO, I DON'T HAVE A DISABILITY
- I DON'T WISH TO ANSWER

\_\_\_\_\_  
Your Name

\_\_\_\_\_  
Today's Date

## Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires 1/31/2017  
Page 2 of 2

### Reasonable Accommodation Notice

Federal law requires employers to provide reasonable accommodation to qualified individuals with disabilities. Please tell us if you require a reasonable accommodation to apply for a job or to perform your job. Examples of reasonable accommodation include making a change to the application process or work procedures, providing documents in an alternate format, using a sign language interpreter, or using specialized equipment.

---

<sup>1</sup> Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. For more information about this form or the equal employment obligations of Federal contractors, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**PUBLIC BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995 no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. This survey should take about 5 minutes to complete.