



**Mills Manufacturing Corporation**  
**SOLICITUD DE EMPLEO (BORRADOR)**

**MILLS MANUFACTURING CORPORATION ES UN EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES**

IMPRIMA ESTA SOLICITUD Y RESPONDA CADA PREGUNTA EN AMBOS LADOS DEL DOCUMENTO DE MANERA COMPLETA Y PRECISA:

Puesto deseado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de Mills y qué o quién lo incitó a solicitar empleo? \_\_\_\_\_

¿Por qué desea trabajar en Mills Manufacturing Corporation? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su salario inicial esperado? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su salario esperado por hora después de 1 año? \$ \_\_\_\_\_ En caso de que se le contrate, ¿cuándo puede comenzar? \_\_\_\_\_

Si pudiera tener la opción de elegir cualquier tipo de trabajo o carrera, ¿cuál elegiría? \_\_\_\_\_

¿Tiene amigos o familiares que trabajan aquí? Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

**PERFIL DEL SOLICITANTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal ( Calle o ruta)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo empleado por Mills o Miltex?  Sí  No

Si es así, ¿cuándo y cuál era su trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos futuros? \_\_\_\_\_

Explique lo que significa **Confiability** cuando trabaja para otra persona \_\_\_\_\_

La Ley de Inmigración y Control de 1986 (*Immigration and Control Act*) indica que es ilegal que los empleadores contraten a sabiendas a cualquier extranjero no autorizado o ilegal. Si es contratado, ¿puede proporcionar prueba de ciudadanía, residencia permanente en los Estados Unidos o autorización para trabajar?

Sí  No



	EDUCACIÓN Nombre de la escuela	Período de asistencia	Curso(s) o título de grado
Escuela secundaria			
Universidad			
Escuela de negocios			
Otra capacitación			

¿Alguna vez fue declarado culpable de un delito?\*(Marque S o N con un círculo) Si la respuesta es positiva, especifique \_\_\_\_\_

\*Contar con antecedentes penales no necesariamente será un impedimento para el empleo. Se tomarán en cuenta factores como la edad en el momento de cometido el delito, la gravedad y naturaleza del delito y la rehabilitación realizada.

¿Hay algún motivo por el cual no pueda llegar al trabajo a tiempo todos los días?\_\_\_\_\_ Si la respuesta es "sí", explique qué podría evitar que sea confiable y que desarrolle constantemente todo el trabajo que se solicita por la presente:\_\_\_\_\_

Si solicita un puesto de Operador de producción: puede leer una regla con *facilidad* (3/16, 5/32, 3/8)\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES LABORALES**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Título y tareas del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_ Motivo de la partida: \_\_\_\_\_

Empleado desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial Salario \$ \_\_\_\_\_  
Mes/Año Mes/Año

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Título y tareas del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_ Motivo de la partida: \_\_\_\_\_

Empleado desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial Salario \$ \_\_\_\_\_  
Mes/Año Mes/Año

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Título y tareas del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_ Motivo de la partida: \_\_\_\_\_

Empleado desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial Salario \$ \_\_\_\_\_  
Mes/Año Mes/Año



**INFORMACIÓN FÍSICA:**

No es necesario que divulgue información acerca de las limitaciones físicas o mentales que crea que no interferirán con su capacidad para realizar las funciones esenciales del trabajo para el cual realiza esta solicitud. Por otra parte, si desea que consideremos ajustes especiales para adaptarnos a una discapacidad física o mental, puede identificar la discapacidad en el espacio provisto a continuación y sugerir el tipo de adaptación que cree sería adecuada.

¿Actualmente es capaz de realizar las tareas y funciones esenciales del trabajo que ha solicitado? \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es “No” describa las tareas y funciones esenciales que *no será capaz* de realizar.

Si el trabajo que solicita exige que esté de pie durante 10 horas por día, ¿puede hacerlo? \_\_\_\_ Si la respuesta es “No” explique: \_\_\_\_\_

**SERVICIO MILITAR:**

Rama del servicio: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido una licencia honrosa? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las tareas realizadas? \_\_\_\_\_

Estado de reserva: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS**

NOMBRE	DIRECCIÓN	OCUPACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

**ACUERDO DEL EMPLEADO**

Certifico que tengo 18 años de edad o más.

Certifico que las respuestas proporcionadas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Comprendo que la información falsa o engañosa proporcionada en mi solicitud o entrevista(s) podrá descalificarme para el trabajo o podrá ocasionar la terminación inmediata del empleo.

Acepto, acuerdo y comprendo que debo presentar y aprobar exitosamente una prueba anterior al empleo como condición a mi empleo en Mills.

Autorizo a Mills Manufacturing Corporation a investigar todas las declaraciones contenidas en esta solicitud, incluidos los ex-empleados, las escuelas, las transcripciones, las referencias y otra información; libero a Mills Manufacturing Corporation de toda responsabilidad o daño debido a la proporción de dicha información.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
FECHA