



FORM HRF-10
Created: 1-17-07
Revised: 8-3-10

Производственная Корпорация Mills ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЁМЕ НА РАБОТУ (ПРОЕКТ)

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ КОРПОРАЦИЯ MILLS – РАБОТОДАТЕЛЬ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЙ РАВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ПОЖАЛУЙСТА, РАСПЕЧАТАЙТЕ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДРОБНО И ТОЧНО ОТВЕЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ НА ОБЕИХ СТОРОНАХ БЛАНКА:

Желаемая должность: _____ Дата: / /

Откуда Вы узнали о Mills и кто/что побудил(о) Вас написать заявление? _____

Почему Вы хотите работать в Производственной Корпорации Mills? _____

Предполагаемая начальная зарплата? \$ _____ Предполагаемая почасовая оплата после 1 года? \$ _____

Если Вы будете приняты, когда Вы сможете начать работать? _____

Если бы Вы могли выбрать любую должность или карьеру, кем бы Вы хотели стать? _____

Работает ли здесь кто-либо из Ваших друзей или родственников? Если да, то кто? _____

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ КАНДИДАТА

Фамилия: _____ Имя: _____ Второе имя: _____

Почтовый адрес (Улица или дорога)

Город

Штат

Индекс (Zip)

Номер социального обеспечения: _____ - _____ - _____ Номер телефона (_____)- _____ - _____

Работали ли Вы ранее на Mills или Miltex? Да Нет

Если да, когда и в какой должности? _____

Каковы Ваши цели на будущее? _____

Объясните, что такое **Надежность** при работе с другими людьми _____

Закон об иммиграционной реформе и контроле 1986 г. запрещает работодателям принимать на работу заведомо неофициальных или нелегальных иностранцев. Если Вы будете приняты на работу, сможете ли Вы представить доказательство гражданства, права на постоянное проживание в США или разрешение на работу?

Да Нет

ОБРАЗОВАНИЕ

	Название учебного заведения	Период учебы	Курс(ы) или степень
Средняя школа			
Колледж			
Школа бизнеса			
Другое образование			

Были ли Вы когда-либо осуждены за фелонию?* (Обведите Да или Нет) Если да, опишите, пожалуйста:

*Судимость не обязательно препятствует трудоустройству. Принимаются во внимание такие факторы, как возраст в момент совершения преступления, серьезность и характер правонарушения, и исправление.

Существует ли причина, по которой Вы не сможете приходить на работу вовремя, ежедневно? _____ Если "да", объясните, что может препятствовать надежности и стабильности выполнения той работы, которую Вы хотите получить согласно данному заявлению: _____

Если Вы претендуете на должность Оператора производства: можете ли вы с легкостью прочесть дробные показания на линейке (3/16, 5/32, 3/8) _____

ТРУДОВОЙ СТАЖ

Имя работодателя _____ Должность и обязанности _____

Адрес _____
Улица, номер дома _____

Город _____ Штат _____ Индекс (Zip) _____

Руководитель _____ Причина увольнения _____

Работа с _____ до _____ Полная ставка Частичная ставка Зарплата \$ _____
Месяц/Год Месяц/Год

Имя работодателя _____ Должность и обязанности _____

Адрес _____
Улица, номер дома _____

Город _____ Штат _____ Индекс (Zip) _____

Руководитель _____ Причина увольнения _____

Работа с _____ до _____ Полная ставка Частичная ставка Зарплата \$ _____
Месяц/Год Месяц/Год

Имя работодателя _____ Должность и обязанности _____

Адрес _____
Улица, номер дома

Город _____ Штат _____ Индекс (Zip) _____

Руководитель _____ Причина увольнения _____

Работа с _____ до _____ Полная ставка Частичная ставка Зарплата \$ _____
Месяц/Год Месяц/Год

ИНФОРМАЦИЯ О ФИЗИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ:

Вы не обязаны разглашать информацию о физических или умственных ограничениях, которые, по Вашему мнению, не помешают Вам выполнять ключевые функции на той должности, которую Вы хотите получить. С другой стороны, если Вы желаете, чтобы мы учли особые условия, необходимые при Вашем физическом или умственном дефекте, Вы можете описать свой дефект ниже и предложить, какие удобства Вас бы устроили.

Можете ли Вы в настоящее время выполнять ключевые обязанности и функции по должности, на которую претендуете? _____ Если "Нет", опишите, пожалуйста, те ключевые обязанности и функции, которые Вы **НЕ В СОСТОЯНИИ** выполнять. _____

Если Вы претендуете на работу, которая требует от Вас находиться на ногах по 10 часов в день, способны ли Вы на это? _____ Если "Нет", пожалуйста, объясните почему: _____

ВОИНСКАЯ СЛУЖБА:

Род войск: _____ С _____ До _____ Ушли ли в отставку с хорошей аттестацией? _____

Исполняемые обязанности? _____

Статус в запасе: _____

РЕКОМЕНДАЦИИ

ИМЯ	АДРЕС	ДОЛЖНОСТЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОТРУДНИКА

Я подтверждаю, что я старше 18 лет.

Я подтверждаю, что все данные мною ответы правдивы и, насколько мне известно, полны.

Я осознаю, что представление в заявлении или интервью неверной или вводящей в заблуждение информации повлечет за собой прекращение рассмотрения моей кандидатуры или немедленное увольнение.

Я подтверждаю свое согласие и понимание того, что перед трудоустройством должен буду сдать тест на наркотики, успешное прохождение которого является условием моего трудоустройства в Mills.

Я предоставляю Производственной Корпорации Mills право проверить все представленные в этом заявлении данные, включая предыдущих работодателей, учебные заведения, выписки, рекомендации и иную информацию; я снимаю с Производственной Корпорации Mills какую-либо и всякую ответственность за обязательства или ущерб, вызванный запросом подобной информации.

_____ / ____ / ____
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ **ДАТА**



Applicant Invitation to Self-Identify

This company is subject to Executive Order 11246, as amended, which requires Federal contractors to ensure that applicants are employed and that employees are treated during employment without regard to their race, color, religion, sex, or national origin. We are therefore requesting information about the race and gender of our applicants in order to comply with government reporting requirements and in order to ensure equal employment opportunity.

Applicant Name: _____ Date: _____

Position Applied for: _____

MALE ! FEMALE I CHOOSE NOT TO SELF-IDENTIFY

WHITE (not Hispanic or Latino) BLACK or AFRICAN AMERICAN (not Hispanic or Latino)

HISPANIC OR LATINO ASIAN (not Hispanic or Latino)

AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE (not Hispanic or Latino)

NATIVE HAWAIIAN or PACIFIC ISLANDER (not Hispanic or Latino)

TWO or MORE RACES (not Hispanic or Latino)

I CHOOSE NOT TO SELF-IDENTIFY

This company is also subject to the Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act of 1974, as amended by the Jobs for Veterans Act of 2002, [38 U.S.C. 4212](#) (VEVRAA), which requires Government contractors to take affirmative action to employ and advance in employment veterans in the following classifications:

- A “disabled veteran” is one of the following:
 - 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.
- A “recently separated veteran” means any veteran during 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.
- An “active duty wartime or campaign badge veteran” means a veteran who served on active duty in the U.S. military, ground, naval or air service during a war, or in a campaign or expedition for which a campaign badge has been authorized under the laws administered by the Department of Defense.
- An “Armed forces service medal veteran” means 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](#).

If you believe you belong to any of the categories of protected veterans listed above, please indicate by checking the appropriate box below. As a Government contractor subject to VEVRAA, we request this information in order to measure the effectiveness of the outreach and positive recruitment efforts we undertake pursuant to VEVRAA.]

I IDENTIFY AS ONE OR MORE OF THE CLASSIFICATIONS OF PROTECTED VETERAN LISTED ABOVE

I AM NOT A PROTECTED VETERAN

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
Page 1 of 1

OMB Control Number 1250-0005
Expires 05/31/2023

Name: _____
Employee ID: _____
(if applicable)

Date: _____

Why are you being asked to complete this form?

We are a federal contractor or subcontractor required by law to provide equal employment opportunity to qualified people with disabilities. We are also required to measure our progress toward having at least 7% of our workforce be individuals with disabilities. To do this, we must ask applicants and employees if they have a disability or have ever had a disability. Because a person may become disabled at any time, we ask all of our employees to update their information at least every five years.

Identifying yourself as an individual with a disability is voluntary, and we hope that you will choose to do so. Your answer will be maintained confidentially and not be seen by selecting officials or anyone else involved in making personnel decisions. Completing the form will not negatively impact you in any way, regardless of whether you have self-identified in the past. For more information about this form or the equal employment obligations of federal contractors under Section 503 of the Rehabilitation Act, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at www.dol.gov/ofccp.

How do you know if you 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:*

- Autism
- Autoimmune disorder, for example, lupus, fibromyalgia, rheumatoid arthritis, or HIV/AIDS
- Blind or low vision
- Cancer
- Cardiovascular or heart disease
- Celiac disease
- Cerebral palsy
- Deaf or hard of hearing
- Depression or anxiety
- Diabetes
- Epilepsy
- Gastrointestinal disorders, for example, Crohn's Disease, or irritable bowel syndrome
- Intellectual disability
- Missing limbs or partially missing limbs
- Nervous system condition for example, migraine headaches, Parkinson's disease, or Multiple sclerosis (MS)
- Psychiatric condition, for example, bipolar disorder, schizophrenia, PTSD, or major depression

Please check one of the boxes below:

- Yes, I Have A Disability, Or Have A History/Record Of Having A Disability
No, I Don't Have A Disability, Or A History/Record Of Having A Disability
- I Don't Wish To Answer

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.

For Employer Use Only

Employers may modify this section of the form as needed for recordkeeping purposes.

For example:

Job Title: _____ Date of Hire: _____