



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 porción de dicha información.

FIRMA DEL SOLICITANTE

_____/_____/_____
FECHA



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: _____