



**OZARK MOUNTAIN
POULTRY, INC.**

750 W EASY ST
ROGERS, AR 72756

TELEFONO: 479/633-8600

Ozark Mountain Poultry

ESTA SOLICITUD NO SERA CONSIDERADA SI NO ES LLENADA COMPLETAMENTE SOLICITUD DE EMPLEO

Las condiciones del empleo están establecidas al final de esta solicitud. Favor de leerlas cuidadosamente antes de firmar esta solicitud.

(La aplicación deberá ser completada, aunque adjunte un currículum)

POCISION SOLICITADA _____ FECHA DE LA APLICACIÓN _____

INFORMACION PERSONAL

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE UTILIZANDO UN BOLIGRAFO (PLUMA)

Nombre Completo: Primer	Segundo	Apellido	Numero de Seguro Social	
Dirección Actual: Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de Teléfono: () -
SI NO TIENE TELEFONO, COMO PODEMOS COMUNICARNOS CON UD.?				
ESTAN ALGUNO DE SUS PARIENTES TRABAJANDO ACTUALMENTE PARA LA COMPAÑÍA O UNA DE SUS DIVISIONES? { } SI { } NO EN CASO DE QUE SI, NOMBRE DEL PARIENTE:				
¿HA TRABAJADO ANTES PARA LA COMPAÑÍA O SUS DIVISIONES? { } SI { } NO ¿EN CASO DE QUE SI, DONDE? FECHA APROXIMADA: MES/AÑO				
¿HA SOLICITADO EMPLEO UD. ANTES EN ESTA COMPAÑÍA O EN UNA DE SUS DIVISIONES? { } SI { } NO ¿EN CASO DE QUE SI, DONDE? FECHA APROXIMADA: MES/AÑO				
¿QUIEN LO REFIRIÓ?				

INFORMACION GENERAL

¿Tiene por lo menos 18 años de edad? { } SI { } NO							
SOLAMENTE LOS RESIDENTES LEGALES O CUIDADANOS DE ESTE PAIS TIENEN EL DERECHO LEGAL PARA TRABAJAR Y SERAN ELEGIBLES PARA EMPLEO. PUEDE UD., AL SER EMPLEADO, PROVEER DOCUMENTACION LEGAL ESTABLECIENDO SU IDENTIDAD Y ELEGIBILIDAD PARA SER EMPLEADO EN ESTE PAIS.? { } SI { } NO							
¿HA SIDO UD. SENTENCIADO POR UN CRIMEN O HA VIOLADO LA LEY, APARTE DE UNA INFRACCION DE TRANSITO MENOR? { } SI { } NO (Un archivo de sentencia no será necesariamente una barrera para ser empleado. Factores como relaciones de trabajo, edad en el tiempo que la ofensa se cometió, seriedad y la naturaleza de la violación y rehabilitación serán tomadas en cuenta) EN CASO DE QUE SI, FAVOR DE EXPLICAR:							
¿HA SIDO USTED DESPEDIDO DE ALGUN EMPLEO O LE HAN PEDIDO QUE RENUNCIE? { } SI { } NO EN CASO DE QUE SI, FAVOR DE EXPLICAR:							
POR FAVOR MARQUE LA DISPONIBILIDAD DE SU HORARIO: { } Yo estoy disponible y deseo trabajar Tiempo Completo (35horas) y no tengo ninguna restricción en mis horas y días							
Horas Disponibles	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
DE	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.
A	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.	[] A.M. [] P.M.
AVISO: LOS HORARIOS DE TRABAJO ESTAN BASADOS EN LA NECESIDAD DE LA COMPAÑÍA Y SON SUJETOS A CAMBIOS EN BASE SEMANAL.							
PAGO ESPERADO:				FECHA DISPONIBLE PARA TRABAJAR:			

HISTORIAL DE TRABAJO

COMIENZE CON EL EMPLEO MAS RECIENTE [1] Y CONTINUE CON LOS EMPLEOS ANTERIORES (adjunte una hoja adicional en caso de ser necesaria)

1.) NOMBRE DE LA COMPAÑIA	DE: MES/AÑO	A: MES/AÑO	PAGO DE INICIO	PAGO FINAL
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELEFONO:		NOMBRE DE SUPERVISOR	
MOTIVO DE SEPARACION	TIPO DE TRABAJO		PODEMOS CONTACTAR AL EMPLEADOR { } SI { } NO	
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO:				
2.) NOMBRE DE LA COMPAÑIA	DE: MES/AÑO	A: MES/AÑO	PAGO DE INICIO	PAGO FINAL
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELEFONO:		NOMBRE DE SUPERVISOR	
MOTIVO DE SEPARACION	TIPO DE TRABAJO		PODEMOS CONTACTAR AL EMPLEADOR { } SI { } NO	
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO:				
3.) NOMBRE DE LA COMPAÑIA	DE: MES/AÑO	A: MES/AÑO	PAGO DE INICIO	PAGO FINAL
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELEFONO:		NOMBRE DE SUPERVISOR	
MOTIVO DE SEPARACION	TIPO DE TRABAJO		PODEMOS CONTACTAR AL EMPLEADOR { } SI { } NO	
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO:				
4.) NOMBRE DE LA COMPAÑIA	DE: MES/AÑO	A: MES/AÑO	PAGO DE INICIO	PAGO FINAL
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	TELEFONO:		NOMBRE DE SUPERVISOR	
MOTIVO DE SEPARACION	TIPO DE TRABAJO		PODEMOS CONTACTAR AL EMPLEADOR { } SI { } NO	
RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO:				

EDUCACION

EDUCACION/TIPE DE ESCUELA	NOMBRE Y DIRECCION DE LA ESCUELA	MAJOR SUBJECT	CIRCULE EL ULTIMO AÑO QUE ASISTIO	SE GRADUO	DIPLOMA
SECUNDARIA			9 10 11 12	[]SI []NO	
COLEGIO			1 2 3 4	[]SI []NO	
COLEGIO			1 2 3 4	[]SI []NO	
UNIVERSIDAD			1 2 3 4	[]SI []NO	
NEGOCIO/INTERCAMBIO/OTRO			1 2 3 4	[]SI []NO	

EXPERIENCIA O QUALIDADES ADICIONALES

Apunte cualquier otra experiencia, conocimiento u otra capacidad, incluyendo sus pasatiempos, los cuales usted cree que debemos considerar al evaluar sus capacidades para el empleo. Por favor apunte cualquier servicio militar que usted desea sea considerado en conexion con su aplicacion de empleo.

--

INFORMACION DE ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD

Una asistencia consistente y puntual son requisitos esenciales del trabajo diario en esta compañía. Hay algo que interfiera con su asistencia regular y puntualidad en caso de que se le ofrezca un empleo con esta compañía? [] SI [] NO

En caso de Si, por favor explique

Por favor anote los nombres de dos personas (que no sean parientes) con los cual usted ha trabajado a los cual podamos llamar para pedir referencias, en caso de ser necesario.

1. Nombre:	Numero de Telefono:	Titulo de la persona:
Direccion/Telefono de casa	Ciudad, Estado, Codigo Postal	Cuanto tiempo de conocerlo
2. Nonmbre:	Numero de Telefono:	Titulo de la persona:
Direccion /Telefono de casa	Ciudad, Estado, Codigo Postal	Cuanto tiempo de conocelelo

AVISO Y ACUERDO

FAVOR DE LEER ANTES DE FIRMAR

YO CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS DADAS POR MI SON CIERTAS, CORRECTAS Y COMPLETAS. YO COMPRENDO QUE LA FALSIFICACION, OMISION O MALA REPRESENTACION DE LOS HECHOS EN ESTA APLICACION (O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ACOMPAÑANTE O REQUERIDO) SERA MOTIVO PARA LA DENEGACION DE EMPLEO, SIN IMPORTAR COMO NI CUANDO SON DESCUBIERTOS.

Preguntas con respecto a esta declaracion deberan ser hechas a la persona que esta entrevistando antes de firmar la aplicacion. A la aplicacion se le dara toda la consideracion, pero al recibir la aplicacion no implica que el aplicante se le ofrecera un trabajo.

Es la politica de la compañía el proporcionar igualdad de empleo a todos los empleados y aplicantes sin importar la edad, raza, religion, color, sexo, origen nacional, estado marital, archivos juveniles cancelados o embarazo y de proporcionar oportunidades iguales a veteranos minusvalidos, veteranos de la era de Vietnam o individuos con una incapacidad y cualquier otra característica protegida por la ley federal, estatal o local.

Yo autorizo la investigacion de todas las decalraciones y información que contiene esta aplicacion. Yo libero de cualquier responsabilidad a cualquier persona que proporcione dicha informacion y tambien libero al empleador de cualquier responsabilidad que resulta de una investigacion.

En caso de ser empleado yo estoy de acuerdo en cumplir con todas las reglas y regulaciones de la compañía y entiendo que si soy empleado, mi trabajo puede ser terminado con o sin motivo, y sin previo aviso, en cualquier momento, en la opcion de la compañía o mia. Tambien comprendo que ninguna representacion, ya sea escrita o verbal por cualquiera de los representantes de la compañía, excepto el Presidente de Ozark Mountain Poultry, en cualquier momento, pueden constituir un contrato de empleo. Yo entiendo que la compañía y todos los Administradores de la Planta tendran la maxima discrecion permitida por la ley al administrar, interpretar, modificar, descontinuar, aumentar o cambiar las politicas, procedimientos, beneficios u otros terminos o condiciones de empleo. Ningun representante o agente de la compañía tiene la autoridad de entrar en un acuerdo de empleo por algun periodo especifico o de hacer un cambio en alguna de las politicas, procedimientos, beneficios u otros terminos o condiciones de empleo almenos que sea un documento firmado por el Presidente o Ejecutivo o para hacer un pacto contrario a lo dicho.

Yo entiendo que esta aplicacion es valida solo por secenta (60) dias de la fecha de hoy. Si todavia deseo una posicion con esta compañía despues de que esta aplicacion se haya vencido, sera mi responsabilidad de llenar una aplicacion nueva y someterla a la compañía.

Yo reconozco que he leído y que entiendo la declaracion mencionada arriba y doy permiso para que confirmen la informacion brindada en esta aplicacion.

FIRMA DEL APLICANTE: _____ FECHA: _____

