

Company Address: **Nurses Unlimited, Inc. /  
Nurses Unlimited Managed Care, Inc.  
Human Resource Dept.  
P. O. Box 4534  
Odessa, Texas 79760**

To: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telephone No: \_\_\_\_\_

Reference  
Check for: \_\_\_\_\_ SS#(Last 4 Digits) \_\_\_\_\_

We are requesting an employment/personal reference on the above named person. Please complete the information and return as soon as possible.

**EVALUATION**

<p>Length of time you have known applicant: _____</p> <p>In what capacity(ies) have you known the applicant:          Supervisor _____          Employer _____          Fellow Employee _____          Acquaintance _____          Other (Specify) _____</p> <p>Would you rehire? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, why? _____</p>	<p>If employed by you or your company, what position did the applicant hold: _____</p> <p>Employed From: _____ To: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Full-Time <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Temporary</p>
--	--

**PERSONAL APPRAISAL**

Indicate your evaluation of the following factors by placing a check mark in the appropriate column.

	EXCEL	GOOD	FAIR	POOR	NO KNOWLEDGE
Ability to get along with others					
Attendance/Punctuality					
Attitude					
Cooperativeness					
Quality of Work					
Quantity of Work					
Self-Starter					

**Comments**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of any information requested on this form.	
Applicant's Signature: _____	Date: _____

This form was completed by:  Mail  Telephone

Signature or Name of Person Giving Information: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of HR Representative Verifying Information \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dirección **Enfermeras Ilimitadas, Inc. /** A: \_\_\_\_\_  
 De la Compañía: **Cuidado Manejado De Las Enfermeras Ilimitadas, Inc.** \_\_\_\_\_  
**Departamento Del Recurso Humano** \_\_\_\_\_  
**P. O. Box 4534** \_\_\_\_\_  
**Odessa, Tejas 79760** No. Del Teléfono: \_\_\_\_\_

Referencia  
 Comprobación para: \_\_\_\_\_ SS#(Los 4 Ultimo Numeros) \_\_\_\_\_  
 Solicitamos una referencia de empleo/personal en la persona nombradoa nombrada. Por favor complete la información y devuelva lo mas pronto posible.

**EVALUACIÓN**

Longitud del tiempo que usted ha conocido al aspirante: \_\_\_\_\_ Si es empleado por usted o su compañía, en qué capacity(ies) le tiene conocido el aspirante: \_\_\_\_\_  
 Supervisor \_\_\_\_\_ que posición hizo: \_\_\_\_\_  
 Patrón \_\_\_\_\_  
 Compañero del Trabajo \_\_\_\_\_ Empleado De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Conocido \_\_\_\_\_  
 Otro (Especifique) \_\_\_\_\_  Jornada completa  Parte Horas  Temporario  
 usted empleo?  Sí  No Si no, por qué? \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN PERSONAL**

Indique su evaluación de los factores siguientes poniendo una marca de cheque en la columna apropiada.

	EXCELENTE	BUENO	JUSTO	POBRE	NINGÚN CONOCIMIENTO
Habilidad de llevarse bien con otros					
Attendencia y Puntualidad					
Actitud					
Abilidad de Cooperar					
Calidad del Trabajo					
Cantidad de Trabajo					
Empiesar Solo(a)					

**Comentarios** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier información solicitada en esta forma.  
 Firma Del Aspirante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta forma fue completada sobre:  Correo  Telefono

Firma o nombre de la persona dando Información: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Representante HR Verificando La Información: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_