

Nurses Unlimited
P. O. Box 4534
Odessa, TX 79760

Petición del Aspirante del Trabajo

La información solicitada es opcional y se recoge con el propósito de informar a Federal e Igualdad de Oportunidades en el Empleo Agencias y no se considera como parte de la solicitud de empleo. Se separara de la aplicación.

Nombre: _____
(Opcional)

Cheque Uno:

- Hembra
- Varón
- No deseo proporcionar la información solicitada

Cheque Uno:

- Raza/Etnica:
- Hispano o Latino
 - Americano (Blanco)
 - Americano Africano
 - Nativo Hawaiano o otro Isleño Pacífico
 - Asiático
 - Indio Americano o Nativo de Alaska
 - Dos o Mas Razas
 - No deseo proporcionar la información

Solicitado: Periódico Amigo Otro _____
 Cliente Empleado

O

Yo no deseo dar esta información.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre los requisitos del gobierno o esta petición, por favor contacte a Sandra Rowe, RN al (432) 580-2085 ext. 205.

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- | | | | |
|-----------|----------------------|---|--|
| Ceguera | • Autismo | • Trastorno bipolar | • Trastorno de estrés postraumático (TEPT) |
| Sordera | • Parálisis cerebral | • Depresión aguda | • Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Cáncer | • VIH/SIDA | • Esclerosis múltiple (EM) | • Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Diabetes | • Esquizofrenia | • Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades | • Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental) |
| Epilepsia | • Distrofia muscular | | |

Favor marcar una de las casillas siguientes:

SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)

NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD

NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.



Esta Agencia es Empleador que da Oportunidad Igual al Empleo y considera solicitantes únicamente sobre la base de calificaciones para el trabajo que soliciten, sin distinción de raza, religión, edad, sexo, color, credo, origen nacional, discapacidad, estado civil o de veterano. Verificación de la elegibilidad para trabajar en los EE.UU. serán necesarios si una oferta de empleo se hace.

APLICACIÓN PARA EMPLEO

(Por Favor Impresione)

Nombre _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección _____
(Numero de la Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono () _____ **Los últimos 4 números de su seguro social** _____
(Código de Área)

Tiene usted 18 años o más? Si No **Es usted legalmente elegible para trabajar?** Si No

Otros nombres que ha utilizado (de soltera, apodo, alias) _____

POSICION(ES) QUE SOLICITA: _____

Ha presentado una solicitud aquí antes? Si No Si contesto que si, de la fecha: _____

Ha sido empleado usted aquí antes? Si No Si contesto que si, de la fecha: _____

Nombre de Supervisor(es) mientras que fue empleado aquí. _____

Posición(es) mientras que fue empleado aquí. _____

Es usted empleado ahora? Si No Que fecha estaría usted disponible a trabajar? _____

Es usted disponible para trabajar? Tiempo Completo Tiempo Parcial

Alguna vez ha sido sancionado de un programa financiado con fondos federales? Si No Si marco Si, explique abajo.

Alguna vez ha sido condenado, o se declaro culpable or declaro no en un delito o un crimen de falsedad o un abuso de confianza?

Si No Si marco Si, explique abajo.

Si marco Si, esta usted en un periodo de prueba? Si No **Libertad Condicional?** Si No

Es usted fluido en idiomas extranjeras? Lista _____

RESUMA LAS HABILIDADES ESPECIALES Y CALIFICACIONES:

Tiene algún familiar o deberes, responsabilidades, o relación personales que de alguna manera afectan a los siguientes:

Su capacidad para trabajar? Si No

Su capacidad para cumplir con el horario del empleador? Si No

Su capacidad para cumplir con los deberes del trabajo? Si No

Si contesto que Si, por favor, comente:

Educación	Escuela Secundaria	Colegio/Universidad	Gradúate/Profesional
Nombre de la Escuela			
Diploma/Título			
Honores Recibidos			
Curso de Estudio			

EXPERIENCIA DE EMPLEO (Lista la última o la posición presente primero):

Empleador	Teléfono	Fecha de Empleo	Deberes del Trabajo
		Desde _____	
Dirección		A _____	
Titulo del Trabajo	Supervisor	Por Hora / Salario	
		Comenzando _____	
Razón por Irse		Final _____	

Empleador	Teléfono	Fecha de Empleo	Deberes del Trabajo
		Desde _____	
Dirección		A _____	
Titulo del Trabajo	Supervisor	Por Hora / Salario	
		Comenzando _____	
Razón por Irse		Final _____	

Empleador	Teléfono	Fecha de Empleo	Deberes del Trabajo
		Desde _____	
Dirección		A _____	
Titulo del Trabajo	Supervisor	Por Hora / Salario	
		Comenzando _____	
Razón por Irse		Final _____	

REFERENCIAS PERSONALES/DE TRABAJO:

De el nombre y número de teléfono de tres referencias, que no sean miembros de la familia.

NOMBRE DIRECCION NUMERO DE TELEFONO

NOMBRE DIRECCION NUMERO DE TELEFONO

NOMBRE DIRECCION NUMERO DE TELEFONO

Reconozco que la consideración para empleo es contingente en los resultados de una referencia y una verificación de antecedentes. Por lo tanto, autorizo esta compañía a (1) investigar la verdad de todas las declaraciones hechas en esta solicitud; (2) ponerse en contacto con mi empleado presente/anterior y otras referencias mencionadas o cualquier otra persona que pueda verificar información; (3) discutir los resultados de cualquier investigación con otros empleados de esta compañía involucrados en el proceso de contratación; y (4) revisar mis antecedentes penales. Además, doy mi consentimiento para que todas las personas contactadas, incluidos los empleadores presente/anterior para proporcionar la información relativa a esta solicitud, y libero a cada tal persona de la responsabilidad de proveer esta información a esta compañía.

Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que la falsificación de esta aplicación en cualquier detalle es motivo de descalificación de la consideración o el despido de empleo de acuerdo con la política de la compañía.

También entiendo que si soy contratado, no debo levantar o transferir ningún objeto o paciente solo, a menos que esté familiarizado con la situación dada y estoy razonablemente seguro de que solo pueda ser logrado de forma segura. De otro manera, sé que es mi deber de abstener de levantar o trasladar el objeto o el paciente hasta que haya obtenido ayuda. Yo sé que esta política está diseñada tanto para mi seguridad y también para la seguridad de los clientes de esta compañía.

Si soy aceptado para empleo con esta compañía, me comprometo a cumplir con las políticas del personal y también informar al supervisor, la oficina, o al servicio que contesta las 24-horas, de todos y cualquier accidente relacionados con el trabajo, heridas y/o enfermedades dentro de las veinticuatro (24) horas de su ocurrencia, independientemente de la gravedad. Entiendo que esta compañía no suscribe al seguro de compensación del trabajador, por lo tanto, si un incidente o accidente ocurre en el trabajo, debo informar a mi supervisor o despachador dentro las 24 horas. Un informe escrito e investigación será completada y firmada por el empleado. Los resultados serán dados al administrador para solución de reclamaciones. Un comunicado de trabajo debe ser obtenido antes de volver a trabajar

Al firmar esta solicitud certifico que no he sido y no estoy excluido de participar en cualquier programa federal de salud. Atestiguo además, si soy excluido de participación a un programa federal de salud, o tengo sanciones puestas contra mi licencia y credenciales medicas y si me aceptan para empleo con esta compañía que informare al Departamento de Recursos Humanos, Departamento de Mejorar el Funcionamiento o al Oficial de Cumplimiento Corporativo inmediatamente después de la notificación de exclusión para participar en un programa federal de salud o cuando lo aconseje la imposición de sanciones.

Verificación de Antecedentes Penales – Mediante la ejecución de este documento, yo reconozco que he sido informado de que una verificación de antecedentes penales se llevara a cabo en mi nombre. He informado a esta agencia de todos nombres (es decir, de soltera, alias) que he usado en el pasado. No he sido condenado por los delitos que se enumeran en la sección A.

Sección A

1. Penales de homicidio (una ofensa bajo Capítulo 19 del Código Penal);
2. Secuestro y retención ilegal (una ofensa bajo Capítulo 20 del Código Penal);
3. Abuso sexual continuo de un niño o los niños (una ofensa bajo Sección 21.02 del Código Penal); o indecencia con un niño (Sección 21.11 del Código Penal);
4. Asalto sexual (una ofensa bajo Sección 20.011 del Código Penal);
5. Asalto agravado (una ofensa bajo Sección 22.02 del Código Penal);
6. Lesión a un niño, anciano o persona discapacitada (una ofensa bajo Sección 22.04 del Código Penal);
7. Abandonar o poner en peligro a niños (una ofensa bajo Sección 22.041 del Código Penal);
8. Ayudar un suicidio (una ofensa bajo Sección 22.08 del Código Penal);
9. Acuerdo para secuestrar de custodia (una ofensa bajo Sección 25.031 del Código Penal);
10. Compra o venta de un niño (una ofensa bajo Sección 25.08 del Código Penal);
11. Incendio provocado (una ofensa bajo Sección 28.02 del Código Penal);
12. Robo (una ofensa bajo Sección 29.02 del Código Penal);
13. Robo agravado (una ofensa bajo Sección 29.03 del Código Penal);
14. Exhibicionismo (una ofensa bajo Sección 21.08 del Código Penal);
15. Relación impropia entre un educador y el estudiante (una ofensa bajo Sección 21.12 del Código Penal);
16. Fotografía impropia o grabación visual (una ofensa bajo Sección 21.15 del Código Penal);
17. Conducta mortal (una ofensa bajo Sección 22.05 del Código Penal);
18. Asalto sexual con agravantes (una ofensa bajo Sección 22.021 del Código Penal);
19. Amenaza terrorista (una ofensa bajo Sección 22.07 del Código Penal);
20. Solicitación cibernética de un menor de edad (una ofensa bajo Sección 33.021 del Código Penal);
21. Dinero que se ha pasado por otras manos – dinero lavado (una ofensa bajo Sección 34.02 del Código Penal);
22. Fraude al Medicaid (una ofensa bajo Sección 35A.02 del Código Penal);
23. Obstrucción o (una ofensa bajo Sección 36.06 del Código Penal);
24. Crueldad a los animales de hacienda (una ofensa bajo Sección 42.09 del Código Penal), o crueldad a los animales que no son de hacienda (una ofensa bajo Sección 42.092 del Código Penal); o
25. Una condena bajo las leyes de otro estado, la ley federal o el Código Uniforme de Justicia Militar por un delito que contiene elementos que son sustancialmente similares a los elementos de delitos enumerados en la Sección A.

Por favor, firme y de fecha a la parte posterior de esta página.

Sección B

Una persona no puede ser empleado en una posición que los deberes impliquen con el contacto directo con un cliente antes del quinto aniversario de la fecha en que se condenó a la persona de:

1. Asalto (una ofensa bajo la Sección 22.01 del Código Penal) que se castiga como un delito menor Clase A o como un delito grave;
2. Robo con fractura (una ofensa bajo la Sección 30.02 del Código Penal);
3. Robo (una ofensa bajo el Capítulo 31 del Código Penal) que se castiga como un delito grave;
4. Malversación de propiedad fiduciaria o la propiedad de una institución financiera (una ofensa bajo la Sección 32.45 del Código Penal) que se castiga como un delito menor Clase A o como un delito grave;
5. Asegurar la ejecución de un documento mediante por engaño (una ofensa bajo la Sección 32.46 del Código Penal) que se castiga como un delito menor Clase A o como un delito grave;
6. Identificación falsa como un agente del orden (una ofensa bajo la Sección 37.12 del Código Penal); o
7. Alteración del orden público (una ofensa bajo la Sección 42.01 (a) (7), (8) o (9) del Código Penal)

También entiendo que si mi nombre aparece en el "Registro de Empleados de Mala Conducta" del Estado yo no seré empleado por Nurses Unlimited.

Adjudicación Diferida

Para propósitos de esta sección, una persona que se coloca sobre la comunidad de adjudicación diferida supervisión por un delito enumerado en esta sección, terminara con éxito el periodo de la comunidad de adjudicación diferida supervisión, y recibiré un descargo de despido y de acuerdo con la, Artículo 42A.111, Sección 5(c), Artículo 42.12, Código de Procedimiento Penal, no se considera culpable del delito por el que la persona recibió la comunidad de adjudicación diferida supervisión.

- a. Los registros de antecedentes penales son para uso exclusivo de Nurses Unlimited.
- b. Los registros e informes criminales y la información que contienen son información privilegiada.

Reconozco que si me encuentran haber sido condenado por algún de los delitos anteriores, o si estoy inscrito en el Registro de Mala Conducta de Empleado, de inmediato se me prohibirá el empleo con esta Agencia. También entiendo que si me encuentran haber sido condenado por cualquier otro delito(s), que estos delitos también pueden impedir mi empleo.

Yo certifico que la información en este formulario no contiene ninguna declaración falsa intencional y que la información es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Yo, _____, estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a Nurses Unlimited si se me condena de,
(Nombre del solicitante)
recibir una sentencia diferida, o de lo contrario declararse culpable o no de un delito grave, o cualquier otro delito de falsedad o un abuso de confianza, mientras que mi solicitud está pendiente o durante mi periodo de empleo, si soy contratado.

Firma del solicitante

Fecha

En caso de emergencia notifique a _____ Relación _____

Teléfono del Hogar

Dirección

Teléfono del Trabajo

Dirección

**DPS Computerized Criminal History (CCH) Verification
(AGENCY COPY)**

I, _____, acknowledge that a Computerized Criminal
APPLICANT or EMPLOYEE NAME (Please print)

History (CCH) check may be performed by accessing the Texas Department of Public Safety Secure Website and may be based on name and DOB identifiers. (This is not a consent form, but serves as information for the applicant.) Authority for this agency to access an individual's criminal history data may be found in Texas Government Code 411; Subchapter F.

Name-based information is not an exact search and only fingerprint record searches represent true identification to criminal history record information (CHRI), therefore the organization conducting the criminal history check is not allowed to discuss with me any CHRI obtained using the name and DOB method. The agency may request that I also have a fingerprint search performed to clear any misidentification based on the name and DOB search.

In order to complete the fingerprint process I must make an appointment with the Fingerprint Applicant Services of Texas (FAST) as instructed online at [www.txdps.state.tx.us /Crime Records/Review of Personal Criminal History](http://www.txdps.state.tx.us/CrimeRecords/ReviewofPersonalCriminalHistory) or by calling the DPS Program Vendor at 1-888-467-2080, submit a full and complete set of fingerprints, request a copy be sent to the agency listed below, and pay a fee of \$25.00 to the fingerprinting services company.

Once this process is completed the information on my fingerprint criminal history record may be discussed with me.

(This copy must remain on file by this agency. Required for future DPS Audits)

Signature of Applicant or Employee (optional)

Date

Agency Name (Please print)

Agency Representative Name (Please print)

Signature of Agency Representative

Date

Please: Check and Initial each Applicable Space	
CCH Report Printed:	
YES _____ NO _____	_____ initial
Purpose of CCH: _____	
Empl ___ Vol/Contractor ___	_____ initial
Date Printed: _____	_____ initial
Destroyed Date: _____	_____ initial
Retain in your files	

Dirección de la Compañía:

Nurses Unlimited, Inc. /
Nurses Unlimited Managed Care, Inc.
Human Resource Department
P. O. Box 4534
Odessa, TX 79760

A: _____

No. de Teléfono _____

Reference Comprobación para _____ SS# (Los Ultimo 4 Números) _____

Estamos solicitando una referencia personal/de empleo del solicitante nombrada arriba. Por favor complete la información y devuelva lo más pronto posible.

EVALUACION

Longitud de tiempo que conoce el solicitante: _____ Si es empleado por usted o su empresa en que puesto tenía _____

En qué capacidad(es) conoce el solicitante:

Supervisor Patrón
 Compañero de Trabajo Conocido
 Otro (Especifique) _____

Empleado De: _____ A: _____

Tiempo Completo Medio-Tiempo
 Temporario

Lo contraria otra vez? Si No Si no, porque? _____

EVALUACION PERSONAL

Indique su evaluación de los siguientes factores con una marca en la columna correspondiente.

	EXCELENTE	BUENO	JUSTO	POBRE	NINGUN CONOCIMIENTO
Habilidad de llevarse bien con otros					
Atendencia / Puntualidad					
Actitud					
Habilidad de Cooperar					
Calidad de Trabajo					
Cantidad de Trabajo					
Iniciar solo					

COMENTARIOS

Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier información solicitada en esta forma.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Esta forma fue completada sobre: Coreo Teléfono

Firma o Nombre
De la Persona Dando Información _____ Fecha _____

Firma Del
Representante de HR
Verificando la Información _____ Fecha _____

Dirección de la Compañía:

Nurses Unlimited, Inc. /
Nurses Unlimited Managed Care, Inc.
Human Resource Department
P. O. Box 4534
Odessa, TX 79760

A: _____

No. de Teléfono _____

Reference Comprobación para _____ SS# (Los Ultimo 4 Números) _____

Estamos solicitando una referencia personal/de empleo del solicitante nombrada arriba. Por favor complete la información y devuelva lo más pronto posible.

EVALUACION

Longitud de tiempo que conoce el solicitante: _____ Si es empleado por usted o su empresa en que puesto tenía _____

En qué capacidad(es) conoce el solicitante:

Supervisor Patrón
 Compañero de Trabajo Conocido
 Otro (Especifique) _____

Empleado De: _____ A: _____

Tiempo Completo Medio-Tiempo
 Temporario

Lo contraria otra vez? Si No Si no, porque? _____

EVALUACION PERSONAL

Indique su evaluación de los siguientes factores con una marca en la columna correspondiente.

	EXCELENTE	BUENO	JUSTO	POBRE	NINGUN CONOCIMIENTO
Habilidad de llevarse bien con otros					
Atendencia / Puntualidad					
Actitud					
Habilidad de Cooperar					
Calidad de Trabajo					
Cantidad de Trabajo					
Iniciar solo					

COMENTARIOS

Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier información solicitada en esta forma.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Esta forma fue completada sobre: Coreo Teléfono

Firma o Nombre
De la Persona Dando Información _____ Fecha _____

Firma Del
Representante de HR
Verificando la Información _____ Fecha _____

Dirección de la Compañía:

Nurses Unlimited, Inc. /
Nurses Unlimited Managed Care, Inc.
Human Resource Department
P. O. Box 4534
Odessa, TX 79760

A: _____

No. de Teléfono _____

Reference Comprobación para _____ SS# (Los Ultimo 4 Números) _____

Estamos solicitando una referencia personal/de empleo del solicitante nombrada arriba. Por favor complete la información y devuelva lo más pronto posible.

EVALUACION

Longitud de tiempo que conoce el solicitante: _____ Si es empleado por usted o su empresa en que puesto tenía _____

En qué capacidad(es) conoce el solicitante:

Supervisor Patrón
 Compañero de Trabajo Conocido
 Otro (Especifique) _____

Empleado De: _____ A: _____

Tiempo Completo Medio-Tiempo
 Temporario

Lo contraria otra vez? Si No Si no, porque? _____

EVALUACION PERSONAL

Indique su evaluación de los siguientes factores con una marca en la columna correspondiente.

	EXCELENTE	BUENO	JUSTO	POBRE	NINGUN CONOCIMIENTO
Habilidad de llevarse bien con otros					
Atendencia / Puntualidad					
Actitud					
Habilidad de Cooperar					
Calidad de Trabajo					
Cantidad de Trabajo					
Iniciar solo					

COMENTARIOS

Autorizo por este medio el lanzamiento de cualquier información solicitada en esta forma.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Esta forma fue completada sobre: Coreo Teléfono

Firma o Nombre
De la Persona Dando Información _____ Fecha _____

Firma Del
Representante de HR
Verificando la Información _____ Fecha _____