

834 Old Winston Road Kernersville, North Carolina 27284 Office: (336) 996-9883 Fax:  
(336) 996-9885

**APPLICATION FOR EMPLOYMENT/SOLICITUD DE EMPLEO**

Equal Opportunity Employer/*Patrón de la igualdad de oportunidades*

Police Report Required Prior to Employment/*La policía divulga requerido antes del empleo*

**PERSONAL INFORMATION/DATOS PERSONALES**

Name (Last Name First)/ <i>Nombre (Apellido, Nombre)</i>		Phone No./ <i>Num. de Telefono</i>
Present Address/ <i>Domicilio Actual</i>		
Permanent Address/ <i>Domicilio Permanente</i>		
Soc. Security #/ <i>Num. de Seguro Social</i>	Referred By/ <i>Recomendado Por</i>	Do you have reliable transportation?/ <i>¿Usted tiene transporte confiable?</i> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**DESIRED POSITION/PUESTO QUE LA INTERESA**

Title of Position/ <i>Nombre de Puesto</i>	Desired Salary/Wage/ <i>Salario/ Sueldo Deseado</i>	Date You Can Start/ <i>Fecha en Que Puede Empezar</i>
Are You Currently Employed?/ <i>¿Trabaja Actualmente?</i> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		May We Contact Your Present Employer, If Applicable?/ <i>Si Se Aplica, ¿Podemos Ponernos en Contacto Con Su Empleador Actual?</i> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Have you ever applied to this company before and if so, when? <i>¿Había presentado una solicitud en esta compania antes? Y si asi es, ¿Cuando?</i>		

**EDUCATION/EDUCACIÓN**

	School Name & Location/ <i>Nombre y Ubicación de la Escuela</i>	Dates/ <i>Fechas</i>	Graduated?/ <i>¿Se Graduó?</i>	Subjects/ <i>Materias</i>
High School/ <i>Educación Secundaria</i>				
College/ <i>Universidad</i>				
Business or Trade Schools/ <i>Escuelas Comerciales o Vocacionales</i>				

**SPECIAL INTERESTS/INTERESES ESPECIALES**

U.S. Military or Naval Service/ <i>Servicio Militarico Naval de EE.UU.</i>
Special Skills and/or Training/ <i>Habilidades y/o Capacitacion</i>
Special Study or Hobbies/ <i>Estudios Especiales o Pasatiempos</i>

**EMPLOYMENT HISTORY/ANTECEDENTES LABORALES**

Date (MM/YY)/ <i>Fecha (Mes y Año)</i>	Name & Address of Employers/ <i>Nombre y Domicilio del Empleadores</i>	Ending Salary/ <i>Salario Final</i>	Position Held/ <i>Puesto Desempeñado</i>	Reason for Leaving/ <i>Motivo por el que Dejó el Empleo</i>
From/ <i>De</i>				

To/A				
From/De				
To/A				

**REFERENCES/REFERENCIAS**

Give below the names of two persons not related to you, whom you have known at least 1 year./  
*Anote ensequida los nombres de tres personas con quienes no tenga parentesco y que tenga un minimo de 1 año de conocerlas nombre.*

Name/ Nombre	Address & Phone No./ Domicilio y Numero de Telefono	Type of Business/ Tipo de Empresa	Years Known/ Años de Conocer

**GENERAL**

Have you ever been convicted of a crime?/¿Le siempre han condenado por un crimen?  
 Yes/Sí  No   
 If yes, explain conviction(s), how recently such offense(s) was/were committed, and sentence(s) imposed./Si sí, explique el conviction(s), cómo tal offense(s) estaba/fue conñado recientemente, y el sentence(s) impuso.

**AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN**

“I certify that the information I have provided in this application is true and complete to the best of my knowledge and I understand that one or more falsified statements within this application is grounds for dismissal.

I authorize investigation of all statements contained herein and, the references and employers listed within to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and I release the company from all liability for any damage that may result from use of said information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period, or to make any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the release or use of disability-related or medically-related information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws.”

“Certifico que la información que he dado en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender, y entiendo que incluir una o más declaraciones falsas en la misma es motivo suficiente para el despido.

Autorizo a que se investiguen todas las declaraciones en la presente, además de las referencias y los empleadores que se mencionan en este documento con el fin de que le entreguen toda la información relativa a mi empleo previo y todos los datos pertinentes, personales o de otra indole, que pudiesen tener. Exonero asimismo a la empresa de toda responsabilidad por cualquier daño o perjuicio que pudiese resultar como consecuencia del uso de dicha información.

También entiendo y estoy de acuerdo en que ningún representante de la compañía tiene autoridad para celebrar ningún contrato de empleo por un periodo determinado ni de ejecutar ningún contrato en contraposición a lo anterior, excepto si se hace por escrito y lo firma un representante autorizado de la empresa.

Con la presente autorización no se permite divulgar ni utilizar información relativa a incapacidades o cuestiones médicas de una manera que prohiban tanto la ley de americanos discapacitados (ada) como otras leyes federales y estatales pertinentes.”

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_ **Signature/Firma:**

\_\_\_\_\_