

**CHOOSE THE POSITIONS FOR WHICH YOU ARE APPLYING | SELECCIONE LAS POSICIONES EN LAS QUE ESTE INTERESADO/A**

**RESTAURANT**

- MANAGER  
GERENTE
- ASSIST. MANAGER  
ASIST. DE GERENTE
- COOK  
COCINERO
- FOOD PREP  
PREPARADOR DE COMIDA
- TORTILLA MAKER  
TORTILLERA/O
- CASHIER  
CAJERA/O
- BARTENDER  
CANTINERO/A
- BUSSER  
AYUDANTE DE MESERO/A
- SERVER  
MESERO/A
- DISHWASHER  
LAVAPLATOS
- OTHER (Please describe)  
OTRO (Favor de describir)

**OFFICE**

- IT TECHNICIAN  
TÉCNICO/A DE INFORMÁTICA
- OFFICE MANAGER  
GERENTE DE PERSONAL
- OFFICE CLERK  
OFICINISTA
- RECEPTIONIST  
RECEPCIONISTA
- SOCIAL MEDIA SPECIALIST  
ESPECIALISTA EN REDES SOCIALES
- OTHER (Please describe)  
OTRO (Favor de describir)

**OTHER**

- CONSTRUCTION  
CONSTRUCCIÓN
- WAREHOUSE WORKER  
EMPLEADO EN LA BODEGA
- DRIVER  
CHÓFER
- ELECTRICIAN  
ELECTRICISTA
- CARPENTER  
CARPINTERO
- PRODUCT SAMPLER  
EDECIÓN
- OTHER (Please describe)  
OTRO (Favor de describir)

**CHECK ALL THAT YOU MAY BE INTERESTED IN:  
SELECCIONE TODOS LOS TURNOS EN LOS QUE ESTE INTERESADO/A:**

- FULL TIME  
TIEMPO COMPLETO
  PART TIME  
MEDIO TIEMPO
  BOTH  
AMBOS

LAST NAME   APELLIDOS		FIRST NAME   NOMBRE		MIDDLE INITIAL INICIAL DE 2º NOMBRE
MAILING ADDRESS   DIRECCIÓN			APT. NO.   NO. DE APARTAMENTO	
CITY   CIUDAD		STATE   ESTADO		ZIP CODE   CÓDIGO POSTAL
CELL-PHONE NO.   NO. DE TELÉFONO MÓVIL	HOME PHONE NO.   NO. DE TEL. EN CASA	EMAIL ADDRESS   DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

**FOR OFFICE USE ONLY | PARA USO EXCLUSIVO DE NUESTRA OFICINA**

DRIVER'S LICENSE NO.   NO. DE IDENTIFICACIÓN	STATE   ESTADO	EXPIRATION DATE   FECHA DE EXPIRACIÓN	SOCIAL SECURITY NO.   NO. DE SEGURO SOCIAL
--	----------------	---------------------------------------	--

**Have you ever been convicted of a felony since your 18th birthday? If you answered YES, please complete the following: (Conviction is not an automatic bar to employment. Each case is considered on its individual merits)**  
 ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un crimen desde que cumplió 18 años? Si su respuesta es **SÍ**, favor completar lo siguiente (Una convicción por un crimen no es una barrera para ser contratado/a. Cada caso es considerado bajo méritos individuales)

Inaccurate information will result in disqualification  
Información errónea resultara en su descalificación

YES | SÍ     NO | NO

NATURE OF OFFENSE   NATURALEZA DE LA OFENSA	NAME & LOCATION OF COURT NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CORTE	DATE OF CONVICTION FECHA DE CONDENA
---	--	--

**COMMENTS FOR OFFICE USE ONLY  
COMENTARIOS EXCLUSIVOS DE LA OFICINA**





## EMPLOYMENT HISTORY | HISTORIAL DE EMPLEO

<b>1</b>	EMPLOYER/COMPANY   EMPLEADOR/COMPAÑÍA NAME & ADDRESS   NOMBRE & DIRECCIÓN		
	TITLE OF POSITION   TÍTULO	STARTING DATE   FECHA DE NACIMIENTO MON/DAY/YEAR   MES/DÍA/AÑO	ENDING DATE   FECHA TERMINACIÓN MON/DAY/YEAR   MES/DÍA/AÑO
DESCRIBE JOB RESPONSABILITIES IN ORDER OF IMPORTANCE   DESCRIBA SUS RESPONSABILIDADES DE TRABAJO EN ORDEN DE IMPORTANCIA			
<b>2</b>	EMPLOYER/COMPANY   EMPLEADOR/COMPAÑÍA NAME & ADDRESS   NOMBRE & DIRECCIÓN		
	TITLE OF POSITION   TÍTULO	STARTING DATE   FECHA DE NACIMIENTO MON/DAY/YEAR   MES/DÍA/AÑO	ENDING DATE   FECHA TERMINACIÓN MON/DAY/YEAR   MES/DÍA/AÑO
DESCRIBE JOB RESPONSABILITIES IN ORDER OF IMPORTANCE   DESCRIBA SUS RESPONSABILIDADES DE TRABAJO EN ORDEN DE IMPORTANCIA			
<b>3</b>	EMPLOYER/COMPANY   EMPLEADOR/COMPAÑÍA NAME & ADDRESS   NOMBRE & DIRECCIÓN		
	TITLE OF POSITION   TÍTULO	STARTING DATE   FECHA DE NACIMIENTO MON/DAY/YEAR   MES/DÍA/AÑO	ENDING DATE   FECHA TERMINACIÓN MON/DAY/YEAR   MES/DÍA/AÑO
DESCRIBE JOB RESPONSABILITIES IN ORDER OF IMPORTANCE   DESCRIBA SUS RESPONSABILIDADES DE TRABAJO EN ORDEN DE IMPORTANCIA			



### AUTHORIZATION | AUTORIZACIÓN

I, \_\_\_\_\_ certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, falsified statements on this application shall be ground for immitate dismissal.

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

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specific period of time, 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 medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant Federal and State laws.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa de acuerdo a lo que sé y entiendo que, de ser contratado/a, cualquier declaración falsa que haya hecho en esta solicitud será razón de mi despido inmediato.

Autorizo la investigación de las declaraciones contenidas en este documento, incluyendo referencias y empleadores aquí listados para que proporcionen información acerca de mis empleos anteriores y cualquier otra información pertinente, ya sea personal o de otro tipo, y renunció a considerar a cualquiera de estas compañías como responsables de cualquier daño que pueda resultar del uso de esta información.

Comprendo también y estoy de acuerdo que ningún representante de la compañía tiene autoridad de comenzar ningún tipo de Contrato de Trabajo por un periodo de tiempo específico, o hace algún convenio contrario a lo anteriormente acordado, a menos que esté establecido por escrito y firmado por un representante de la compañía autorizado.

Esta exención no permite la adquisición o uso de información relacionada con discapacidad o de tipo médico según lo decretado por el Acta de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en Inglés) y otras leyes relevantes del Gobierno Estatal o Federal.

*By my signature, I certify, authorize and acknowledge the above statements (Unsigned applications will NOT be considered.)  
Al firmar este documento, certifico, autorizo y reconozco las declaraciones aquí mencionadas (Solicitudes sin firmar NO serán consideradas.)*

SIGNATURE  
FIRMA

DATE  
FECHA

SOCIAL SECURITY NUMBER  
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

