

EMPLOYMENT APPLICATION

Solicitud de Empleo



812 W. HOLIDAY LN
FATE, TX 75132

DATE/FECHA: _____

PERSONAL INFORMATION - INFORMACION PERSONAL

FULL NAME/NOMBRE:		PHONE NUMBER/TELEFONO:
ADDRESS/DIRECCION:		CITY/CIUDAD:
STATE/ESTADO:	ZIP/CODIGO POSTAL:	EMAIL/CORREO ELECTRONICO:
SOCIAL SECURITY NO./NUMERO DE SEGURO SOCIAL:		DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO:

EMPLOYMENT DESIRED - EMPLEO DESEADO

POSITION/PUESTO:	DATE AVAILABLE TO START/FECHA QUE PUEDE EMPEZAR:
EMPLOYMENT DESIRED/ EMPLEO DESEADO:	
☐ Full-time/ A TIEMPO COMPLETO ☐ Part-time/ A TIEMPO PARCIAL	

PREVIOUS EMPLOYMENT - EMPLEO ANTERIOR

COMPANY NAME/ NOMBRE DE LA EMPRESA:		ADDRESS/DIRECCION:
CITY/CIUDAD:	STATE/ESTADO:	ZIP/CODIGO POSTAL:
COMPANY PHONE NUMBER/TELEFONO:		MAY WE CONTACT THIS EMPLOYER ? PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON ESTE EMPLEADER?
POSITION/PUESTO:	PAY/ PAGAR:	
REASON FOR LEAVING/ MOTIVO PARA IRSE:		

PREVIOUS EMPLOYMENT - EMPLEO ANTERIOR

COMPANY NAME/ NOMBRE DE LA EMPRESA:		ADDRESS/DIRECCION:
CITY/CIUDAD:	STATE/ESTADO:	ZIP/CODIGO POSTAL:
COMPANY PHONE NUMBER/TELEFONO:		MAY WE CONTACT THIS EMPLOYER ? PODEMOS PONERNOS EN CONTACTO CON ESTE EMPLEADER?
POSITION/PUESTO:	PAY/ PAGAR:	
REASON FOR LEAVING/ MOTIVO PARA IRSE:		

HAVE YOU EVER WORKED FOR THIS COMPANY?
ALGUNA VEZ HAS TRABAJADO PARA ESTA EMPRESA?

☐ YES/SI ☐ NO

ARE YOU LEGALLY ALLOWED TO WORK IN
THE UNITED STATES?
ESTA LEGALMENTA AUTORIZADO A TRABAJAR EN LOS
ESTADOS UNIDOS?

☐ YES/SI ☐ NO

ARE YOU A CITIZEN OF THE UNITED STATES?
ERES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?

☐ YES/SI ☐ NO

HAVE YOU EVER PLEADED GUILTY, NO CONTEST OR
BEEN CONVICTED OF A CRIME?
ALGUNA VEZ SE HA DECLARADO CULPABLE, NO HA
DISPUTADO O HA SIDO CONDENADO POR UN DELITO?

☐ YES/SI ☐ NO

IF YES, PLEASE EXPLAIN:
SI CONTESTA SI POR FAVOR EXPLIQUE:

SIGNATURE/FIRMA: _____



Acuerdo y Consentimiento del Empleado para someterse a pruebas de Drogas y/o Alcohol

Por la presente acepto, a petición de la política de pruebas de drogas/alcohol de Trak-Time, Inc. (la Empresa), someterme a una prueba de drogas o alcohol y proporcionar una muestra de mi orina, aliento y/o sangre para su análisis. Entiendo y acepto que si en cualquier momento me niego a someterme a una prueba de drogas o alcohol bajo la política de la empresa, o si no coopero con los procedimientos de prueba, estaré sujeto a despido inmediato. Además autorizo y doy el permiso completo para tener Trak-Time, Inc. y/o su médico de la compañía envía el espécimen recogido a un laboratorio para una prueba de detección para la presencia de cualquier sustancia prohibida bajo la política, y para el laboratorio u otra facilidad de prueba para lanzar cualquier y toda la documentación referente a tal prueba a Trak-Time, Inc. y/o a cualquier entidad gubernamental implicada en un procedimiento o una investigación legal conectan con la prueba. Finalmente, autorizo a Trak-Time, Inc. a revelar cualquier documentación relacionada con dicha prueba a cualquier entidad gubernamental involucrada en un procedimiento legal o investigación conectada con la prueba.

Entiendo que sólo los empleados, propietarios y agentes autorizados de Trak-Time, Inc. tendrán acceso a la información proporcionada u obtenida en relación con la prueba; que mantendrán y protegerán la confidencialidad de dicha información en la mayor medida posible; y que compartirán dicha información sólo en la medida necesaria para tomar decisiones de empleo y para responder a consultas o avisos de entidades gubernamentales.

Mantendré indemne a Trak-Time, Inc. así como a sus propietarios, agentes, médico de la compañía, y/o cualquier laboratorio de pruebas. Es decir, que no voy a demandar o responsabilizar a dichas partes por cualquier presunto daño a mí que pueda resultar de dicha prueba, incluyendo la pérdida de empleo o cualquier otro tipo de acción adversa de trabajo que pueda surgir como resultado de la prueba de drogas o alcohol, incluso si un representante de Trak-Time, Inc., propietarios, agentes, o representante de laboratorio comete un error en la administración o el análisis de la prueba o el informe de los resultados. Además, mantendré indemne a Trak-Time, Inc. los propietarios, agentes médico de la empresa, y cualquier laboratorio de pruebas de cualquier presunto daño a mí que pueda resultar de la liberación o el uso de la información o documentación relativa a la prueba de drogas o alcohol, siempre y cuando la liberación o el uso de la información está dentro del alcance de esta política y los procedimientos como se explica en el párrafo anterior.



Autorización para la verificación de antecedentes

(Por favor, lea y firme este formulario en el espacio indicado a continuación.

Su autorización por escrito es necesaria para completar el proceso de solicitud).

Yo, _____, autorizo a Trak-Time, INC. a investigar mis antecedentes y calificaciones con el propósito de evaluar si estoy calificado para el puesto que estoy solicitando. Entiendo que Trak-time, INC. utilizará una empresa o empresas externas para ayudar en la comprobación de dicha información, y autorizo específicamente dicha investigación por los servicios de información y entidades externas de elección de la empresa. También entiendo que puedo negar mi permiso y que en tal caso, no se hará ninguna investigación, y mi solicitud de empleo no será procesada.

Firma del empleado

Fecha

Nombre del empleado - impreso



Formulario del Manual de Seguridad y Salud

Yo, _____ he revisado todas las políticas de Seguridad, Salud, y de la Compañía y reconozco que tengo acceso al Manual de Seguridad y Salud de Trak-Time que contiene estas políticas. Los manuales están disponibles a través de los supervisores, capataz, y la oficina,

Entiendo que es mi responsabilidad de tener un conocimiento profundo y seguir las reglas, mientras que en el servicio, en la propiedad de la empresa, y en un lugar de trabajo.

Pueden surgir condiciones que no estén cubiertas por una norma o instrucciones, por lo que debe aplicarse el buen juicio.

No están permitidas las desviaciones de las normas.

He leído y comprendo las políticas de Seguridad, Salud y Empresa

Firmado Nombre del empleado

Fecha

Nombre impreso del empleado

Emergency Contact Information

Contacto de Emergencia



Personal Information/ Información personal

Employee Name/ Nombre del Empleado: _____

Address/Dirección: _____

Cell Phone/ Número de teléfono: _____

Date of Birth:

Fecha nacimiento _____

Marital Status:

Estado civil _____

Emergency Contacts/ Contacto de Emergencia

This information will remain confidential and will only be used in case of an emergency.

Esta información será confidencial y sólo se utilizará en caso de emergencia.

Primary Contact/ Contacto principal: _____

Relationship/ Relación: _____

Address/ Dirección: _____

Telephone Number/ Número de teléfono: _____

Secondary Contact/ Contacto secundario: _____

Relationship/ Relación: _____

Address/ Relación: _____

Telephone Number/ Número de teléfono: _____

Additional information that may be helpful in the event of an emergency:

Información adicional que puede ser útil en caso de emergencia:

☐ I have voluntarily provided the above contact information and authorize to contact any of the above on my behalf in the event of an emergency.

He facilitado voluntariamente los datos de contacto arriba indicados y autorizo a que se pongan en contacto con cualquiera de ellos en mi nombre en caso de emergencia.

Employee Signature
Firma del empleado

☐ I choose not to furnish any emergency contact information at this time.

Elijo no proporcionar ninguna información de contacto de emergencia en este momento.

Date
Fecha



"Release of Information Form -- 49 CFR Part 40 Drug and Alcohol Testing"

Section I. To be completed by the new employer, signed by the employee, and transmitted to the previous employer:

Employee Printed or Typed Name: _____

Employee SS or ID Number: _____

I hereby authorize release of information from my Department of Transportation regulated drug and alcohol testing records by my previous employer, listed in Section I-B, to the employer listed in Section I-A. This release is in accordance with DOT Regulation 49 CFR Part 40, Section 40.25. I understand that information to be released in Section II-A by my previous employer, is limited to the following DOT-regulated testing items:

- | | |
|---|--|
| 1. Alcohol tests with a result of 0.04 or higher; | 4. Other violations of DOT agency drug and alcohol testing regulations; |
| 2. Verified positive drug tests; | 5. Information obtained from previous employers of a drug and alcohol rule violation; |
| 3. Refusals to be tested; | 6. Documentation, if any, of completion of the return-to-duty process following a rule violation |

Employee Signature: _____ Date: _____

I-A.

New Employer Name: TRAK-TIME, INC.

Address: PO BOX 506 FATE, TX 75132

Phone #: 214-771-0400 Fax #: 214-771-0412 or Email: controller@trak-time.com

Designated Employer Representative: Zee Sereseroz (Controller | Accounting/ HR Mgr.)

I-B.

Previous Employer Name: _____

Address: _____

Phone #: _____ Fax #: _____

Designated Employer Representative (if known): _____

Section II. To be completed by the previous employer and transmitted by mail or fax to the new employer:

II-A. In the two years prior to the date of the employee's signature (in Section I), for DOT-regulated testing

1. Did the employee have alcohol tests with a result of 0.04 or higher? YES ____ NO ____
2. Did the employee have verified positive drug tests? YES ____ NO ____
3. Did the employee refuse to be tested? YES ____ NO ____
4. Did the employee have other violations of DOT agency drug and alcohol testing regulations? YES ____ NO ____
5. Did a previous employer report a drug and alcohol rule violation to you? YES ____ NO ____
6. If you answered "yes" to any of the above items, did the employee complete the return-to-duty process? N/A ____ YES ____ NO ____

NOTE: If you answered "yes" to item 5, you must provide the previous employer's report. If you answered "yes" to item 6, you must also transmit the appropriate return-to-duty documentation (e.g., SAP report(s), follow-up testing record).

II-B.

Name of person providing information in Section II-A: _____

Print Name

Signature

Title: _____ Phone #: _____ Date: _____