

EMPLOYMENT APPLICATION
1017 S. FM 157
VENUS, TEXAS 76084



ALL INCOMPLETE APPLICATIONS WILL BE REJECTED (TODAS LA SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN RECHAZADAS)

PERSONAL INFORMATION (Información)	FIRST NAME (Nombre)	MIDDLE (Segundo Nombre)	LAST (Apellido)	DATE (Fecha)
	STREET ADDRESS (Dirección)			EMAIL (Correo electrónico)
	CITY, STATE ZIP (Ciudad, Estado, Código Postal)			CELL PHONE NUMBER (Núm. de celular)
	HAVE YOU EVER APPLIED FOR EMPLOYMENT OR WORKED FOR THIS COMPANY BEFORE? ANTERIOREMENTE HA APLICADO PARA EMPLEO U HA TRABAJADO PARA ESTA COMPANIA? YES _____ NO _____ IF YES PLEASE GIVE DATES: SI ES ASI DE FECHAS:			SOCIAL SECURITY NUMBER (Núm. de seguro social)
	POSITION DESIRED (Puesto)			PAY EXPECTED (Sueldo Deseado)
	ARE YOU AGE 18 OR OLDER? (¿Es usted 18 o más años?)		WHO REFERRED YOU FOR EMPLOYMENT? (Recomendado Por)	
	DO YOU HAVE A VALID DRIVERS LICENSE? (¿Tiene usted una licencia de conducir?)		TYPE AND CLASS (Tipo y Clase de licencia)	DRIVERS LICENSE NUMBER (Núm. de licencia)
	ARE YOU A CITIZEN OF THE UNITED STATES: (¿Es usted un ciudadano de los estados unidos?) YES _____ NO _____ IF NO, TYPE OF VISA: (Tipo de visa)			VISA NUMBER (Núm. de Visa)
	HAVE YOU EVER BEEN DISCHARGED OR FORCED TO RESIGN FROM ANY POSITION? (Ha sido despedido o forzado a renunciar de cualquier posicion de trabajo?) YES _____ NO _____ IF YES, DESCRIBE IN FULL:			
	HAVE YOU EVER BEEN CONVICTED OF A FELONY? (¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?) YES _____ NO _____ IF YES, DESCRIBE IN FULL:			

EDUCATION AND TRAINING (Educación)	PLEASE CIRCLE THE HIGHEST GRADE COMPLETED:																
	1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	GED	COLLEGE	1	2	3	4
	SCHOOL (Escuela)	NAME AND LOCATION OF SCHOOL						COURSE OF STUDY (¿curso de estudio?)				DEGREE / DIPLOMA					
	ELEMENTARY (Primaria)																
	HIGH SCHOOL (Secundaria)																
	BUSINESS / TRADE																
	COLLEGE (Colegio)																
GRADUATE																	

PREVIOUS EMPLOYMENT AND WORK HISTORY (Historia de trabajo)

PLEASE GIVE ACCURATE FULL TIME AND PART TIME WORK RECORD. START WITH YOUR MOST RECENT EMPLOYER

ONE	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE, MONTH, AND YEAR) Tiempo de trabajo FROM TO (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de supervisor)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describe el puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón de irse?)
TWO	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Tiempo de trabajo FROM TO (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Supervisor)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describe el puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por irse?)
THREE	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Tiempo de trabajo FROM TO (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describe el puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por irse?)
FOUR	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Tiempo de trabajo FROM TO (mes y año)
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describe el puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por irse?)

HAVE YOU EVER HELD ONE OF THE FOLLOWING POSITIONS? (CHECK IF APPLICABLE)

CARPENTER FORMAN _____	DUMP TRUCK DRIVER _____	REBAR SETTER _____
CONCRETE FINISHER _____	ELECTRICIAN _____	REBAR FOREMAN _____
CONCRETE LABORER _____	MECHANIC _____	SURVEYOR _____
CONSTRUCTION LABORER _____	PIPE FITTER _____	WELDER _____
FINISH CARPENTER _____	PLUMBER _____	LANDSCAPING _____
FORM BUILDER _____	STRUCTURAL STEEL SETTER _____	STONE WORK _____
		IRRIGATION _____

PLEASE LIST ANY EQUIPMENT THAT YOU CAN RUN: (Haga una lista de equipos que sepa utilizar)

MILITARY HISTORY (Historia Militar)

HAVE YOU SERVED IN THE ARMED FORCES? (¿Ha servido en las fuerzas armadas?)

YES _____

NO _____

IF YES, WHICH BRANCH

DESCRIBE ANY TRAINING RECEIVED RELEVANT TO THE POSITION FOR WHICH YOU ARE APPLYING: (DESCRIBA CUALQUIER FORMACIÓN RECIBIDA QUE SEA RELEVANTE AL PUESTO AL QUE ESTÁ SOLICITANDO:)

PERSONAL REFERENCES (Referencias)

ONE (Uno)	NAME (Nombre)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	YEARS KNOWN (Núm. años de conocer.)
	OCCUPATION (Puesto)	
TWO (Dos)	NAME (Nombre)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	YEARS KNOWN (Núm. años de conocer.)
	OCCUPATION (Puesto)	
THREE (Tres)	NAME (Nombre)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	YEARS KNOWN (Núm. años de conocer.)
	OCCUPATION (Puesto)	

FOR EMPLOYER'S USE ONLY (Para uso del empleador)

REFERENCE CHECK	EMPLOYER OR PERSONAL REFERENCE CONTACTED	RESULTS
	ADDITIONAL COMMENTS:	

HEALTH QUESTIONNAIRE

INDICATE WHETHER YOU HAVE HAD OR NOW HAVE ANY OF THE FOLLOWING DISABILITIES OR INJURIES.
PLEASE EXPLAIN EACH "YES" ANSWER.

1) DATE OF LAST PHYSICAL EXAM: _____

2) HAVE YOU EVER DRAWN WORKER'S COMPENSATION? YES _____ NO _____

COMPANY NAME: _____

FOR HOW LONG? _____

DESCRIBE THE INJURY: _____

3) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO HANDS OR FINGERS? YES _____ NO _____

4) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO ARMS, INCLUDING WRIST OR ELBOWS? YES _____ NO _____

5) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO LEGS OR FEET, INCLUDING ANKLE AND KNEE? YES _____ NO _____

6) ANY DISABILITIES TO BODY, INCLUDING SHOULDER AND HIP? YES _____ NO _____

7) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO EYES? YES _____ NO _____

8) ARE YOU COLOR BLIND? YES _____ NO _____

9) ARE YOU SENSITIVE TO LOUD NOISES? YES _____ NO _____

10) DO YOU HAVE NY HEART DISEASE? YES _____ NO _____

11) DO YOU HAVE TUBERCULOSIS? YES _____ NO _____

12) ANY DISABILITIES OR INJURIES TO EARS? YES _____ NO _____

13) DO YOU HAVE DIABETES? YES _____ NO _____

14) HAVE YOU EVER HAD AN HERNIA? YES _____ NO _____

15) DO YOU HAVE HIGH BLOOD PRESSURE? YES _____ NO _____

16) DO YOU HAVE ANY ALLERGIES (SKIN, MEDICINES, INSECTS)? YES _____ NO _____

17) HAVE YOU BEEN SUBJECT TO ANY OF THE FOLLOW: SUNSTROKE, MUSCLE STRAIN OR
FAINTING SPELLS? YES _____ NO _____

18) DO YOU HAVE EPILEPSY? YES _____ NO _____

19) HAVE YOU HAD A PREVIOUS BACK INJURY? IF SO, HOW WAS IT SUSTAINED? YES _____ NO _____

20) HAVE YOU HAD OR DO YOU HAVE PRESENT BACK PAIN? YES _____ NO _____

21) WHAT IS THE DATE OF YOUR LAST TETANUS IMMUNIZATION? YES _____ NO _____

22) IF YOU ANSWERED YES TO ANY OF THE ABOVE QUESTIONS, PLEASE PUT THE NUMBER OF THE QUESTION AND AN EXPLANATION BELOW:

23) NAMES, ADDRESS, AND PHONE NUMBER OF FAMILY PHYSICIAN:

24) IN CASH OF AN EMERGENCY, WHO SHOULD WE NOTIFY?

NAME

RELATIONSHIP

HOME PHONE

CELL

QUESTIONARIO DE SALUD

INDIQUE SI HA TENIDO O TIENE CUALQUIERA DE LAS DISCAPACIDADES O LESIONES SIGUIENTES
POR FAVOR EXPLIQUE SI CONTESTO SI A CUALQUIER PREGUNTA

1) LA FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO : _____

2) ¿ALGUNA VES HA RECIBIDO COMPENSACION DE ALGUNA COMPANIA DE TRABAJO? SI _____ NO _____

NOMBRE DE COMPAÑIA: _____

¿POR CUANTO TIEMPO? _____

DESCRIBA LA LESION : _____

3) ¿ALGUNA DISCAPACIDAD O LESION EN LAS MANOS O DEDOS? SI _____ NO _____

4) ¿ALGUNA DISCAPACIDAD O LESION EN LOS BRAZOS, MUÑECAS O CODOS? SI _____ NO _____

5) ¿ALGUNA DISCAPACIDAD O LESION EN LAS PIERNAS, PIES, TOBILLOS O RODILLAS? SI _____ NO _____

6) ¿ALGUNA DISCAPACIDAD EN EL CUERPO, INCLUYENDO HOMBROS Y CADERA? SI _____ NO _____

7) ¿ALGUNA DISCAPACIDAD O LESION EN LOS OJOS? SI _____ NO _____

8) ¿ES DALTONICO (NO PUEDE VER COLOR SOLOMENTE SOBRES DE GRIS)? SI _____ NO _____

9) ¿ES SENSIBLE O LE MOLESTA RUIDOS FUERTES? SI _____ NO _____

10) ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA? SI _____ NO _____

11) ¿TIENE TUBERCULOSIS? SI _____ NO _____

12) ¿ALGUNA DISCAPACIDAD O LESION EN LAS OREJAS? SI _____ NO _____

13) ¿TIENE DIABETES? SI _____ NO _____

14) ¿HA TENIDO UNA HERNIA? SI _____ NO _____

15) ¿TIENE HIPERTENSION (PRESION ARTERIAL ALTA)? SI _____ NO _____

16) ¿TIENE ALGUNA ALERGIA (PIEL, MEDICINAS, INSECTOS)? SI _____ NO _____

17) ¿HA SIDO SUJETO A LOS SIGUIENTES: INSOLACION, CONTRACTURA MUSCULAR O DESMAYOS? SI _____ NO _____

18) ¿TIENE EPILEPSIA (PERDIDA DEL CONOCIMIENTO)? SI _____ NO _____

19) ¿HA TENIDO ALGUNA LESION DE ESPALDA ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____

20) ¿HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE DOLOR DE ESPALDA? SI _____ NO _____

21) ¿CUAL ES LA FECHA DE SU ULTIMA VACUNA DEL TETANO? SI _____ NO _____

22) SI CONTESTO SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, POR FAVOR PONGA EL NUMERO DE LA PREGUNTA Y UNA EXPLICACION ABAJO

23) ¿CUAL ES EL NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO DE SU MEDICO FAMILIAR?

24) CONTACTO de EMERGENCIA

NOMBRE

RELACION

CELULAR

APPLICANT'S SIGNATURE

PLEASE READ AND UNDERSTAND THIS STATEMENT BEFORE SIGNING YOUR APPLICATION

THE INFORMATION I HAVE PROVIDED IN THIS APPLICATION FOR EMPLOYMENT IS TRUE, CORRECT AND COMPLETE. I FULLY UNDERSTAND THAT FALSE, INCOMPLETE OR MISREPRESENTED INFORMATION OF ANY KIND WILL BE SUFFICIENT CAUSE FOR MY APPLICATION TO BE REJECTED OR, IF DISCOVERED AFTER I AM EMPLOYED, CAUSE FOR IMMEDIATE TERMINATION OF MY EMPLOYMENT.

EDUCATIONAL INSTITUTIONS AND "REFERENCES" I PROVIDED, AND ANY OTHER PARTY NECESSARY TO VERIFY THE ACCURACY OF THE INFORMATION I DISCLOSED IN THIS APPLICATION, A RELATED EMPLOYMENT RESUME OR A PERSONAL INTERVIEW TO ASSIST IN THE PROCESSING OF MY APPLICATION, I WAIVE ALL RIGHTS AND CLAIMS I MAY OTHERWISE HAVE AGAINST THE EMPLOYER OR ITS REPRESENTATIVES, FOR SEEKING, AND USING INFORMATION TO EVALUATE MY EMPLOYMENT REQUEST AND ALL OTHER PERSONS, CORPORATIONS OR ORGANIZATIONS WHO PROVIDE INFORMATION.

THIS APPLICATION WILL EXPIRE IN 90 DAYS. AFTER THAT DATE, UNLESS OTHERWISE NOTIFIED, I UNDERSTAND THAT MY STATUS AS AN APPLICANT WILL END. I MAY RE-APPLY FOR EMPLOYMENT IN THE FUTURE BY COMPLETING A NEW APPLICATION.

I FULLY UNDERSTAND AND ACCEPT ALL TERMS AND CONDITIONS OF THE ABOVE STATEMENT.

SIGNATURE OF APPLICANT

DATE

FIRMA DEL SOLICITANTE

POR FAVOR LEA Y ENTIENDA ESTA DECLARACIÓN ANTES DE FIRMAR SU SOLICITUD.

LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD DE EMPLEO ESTA COMPLETA, ES VERDADERA Y CORECTA. ENTIENDO QUE INFORMACION FALSA, INCOMPLETA O MAL PRESENTADA DE CUALQUIER TIPO SERA CAUSA SUFICIENTE PARA QUE MI APLICACION SEA RECHAZADA O, SI SE DESCUBRE DESPUES DE QUE SEA CONTRATADO, SERA LA CAUSA PARA UNA TERMINACION INMEDIATA DE MI EMPLEO.

LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y REFERENCIAS QUE PROPORCIONE, Y CUALQUIER OTRA PARTE NECESARIA PARA VERIFICAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACION QUE YO REVELE EN ESTA SOLICITUD, UN CURRICULUM LABORAL RELACIONADO O UNA ENTREVISTA PERSONAL PARA AYUDAR EN EL PRECESO DE MI SOLICITUD, RENUNCIO A TODOS MIS DERECHOS Y RECLAMOS QUE PUEDA TENER CONTRA EL EMPLEADOR O SUS REPRESENTANTES, PARA BUSCAR Y UTILIZAR INFORMACION QUE EVALUE MI SOLICITUD DE EMPLEO Y TODAS LAS DEMAS PERSONAS, CORPORACIONES, U ORGANIZACIONES QUE PROPORCIONEN INFORMACION.

ESTA APLICACION CADUCA EN 90 DIAS. DESPUES DE ESA FECHA, A MENOS DE QUE SE NOTIFIQUE LO CONTRARIO, ENTIENDO QUE MI CONDICION DE SOLICITANTE TERMINARA. PUEDO VOLVER A SOLICITAR EMPLEO EN EL FUTURO COMPLETANDO UNA NUEVA SOLICITUD.

ENTIENDO Y ACEPTO COMPLETAMENTE TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA DECLARACION ANTERIOR.

FIRMA DE SOLICITANTE

FECHA

FOR OFFICE USE ONLY
(Para uso de Oficina)

COMMENTS:	DATE HIRED:
	START DATE:
	RATE OF PAY:
	POSITION:
	CLASSIFICATION:
	FOREMAN:
	INSURANCE: YES _____ NO _____
AUTHORIZED BY:	

DRIVING RECORD
HISTORIAL DE MANEJO

Date(Fecha): _____

I, _____, give SYB Construction Co., Inc. permission to run periodic checks on my driving record. Please attach a copy of your Driver's License and Social Security Card.

Signed(Firma): _____
Signature