

**EMPLOYMENT APPLICATION**  
**421 COMPTON AVENUE**  
**IRVING, TEXAS 75061**



ALL INCOMPLETE APPLICATIONS WILL BE REJECTED

**PERSONAL INFORMATION (Información)**

FIRST NAME (Nombre)	MIDDLE (Segundo Nombre)	LAST (Apellido)	DATE (Fecha)
STREET ADDRESS (Dirección)		HOME TELEPHONE NUMBER (Núm. de teléfono)	
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? YES _____ NO _____ IF YES PLEASE GIVE DATES:		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 conducción?)	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? (Alguna vez ha sido despedido o forzado a renunciar a cualquier posición?) 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 (¿Estudia Ud.?)	DEGREE / DIPLOMA
ELEMENTARY (Primaria)			
HIGH SCHOOL (Secundaria)			
BUSINESS / TRADE			
COLLEGE (Colegio)			
GRADUATE			

**PREVIOUS EMPLOYMENT AND WORK HISTORY (La 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) Trabaja Ud. para esta empresa por... (mes y año) FROM TO
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)
TWO	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para esta empresa por... (mes y año) FROM TO
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)
THREE	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para esta empresa por... (mes y año) FROM TO
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)
FOUR	COMPANY NAME (Empresa)	TELEPHONE (Núm. de teléfono)
	ADDRESS (Dirección)	EMPLOYED (STATE MONTH AND YEAR) Trabaja Ud. para esta empresa por... (mes y año) FROM TO
	NAME OF SUPERVISOR (Nombre de Jefe)	WEEKLY PAY (Salario por semana) START LAST (Principio) (Último)
	STATE JOB TITLE AND DESCRIBE YOUR WORK (Describa Ud. puesto)	REASON FOR LEAVING (Razón por la que?)

**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 se pueden ejecutar)

---



---

**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 INSTRUCCION QUE USTED RECIBIO QUE LE AYUDARIA)**PERSONAL REFERENCES (Referencias)**

ONE (Uno)

NAME (Nombre)

TELEPHONE (Núm. de teléfono)

ADDRESS (Dirección)

YEARS KNOWN (Núm. años conoce.)

OCCUPATION (Puesto)

TWO (Dos)

NAME (Nombre)

TELEPHONE (Núm. de teléfono)

ADDRESS (Dirección)

YEARS KNOWN (Núm. años conoce.)

OCCUPATION (Puesto)

THREE (Tres)

NAME (Nombre)

TELEPHONE (Núm. de teléfono)

ADDRESS (Dirección)

YEARS KNOWN (Núm. años conoce.)

OCCUPATION (Puesto)

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

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

**SALUD QUESTIONAIRE**

INDIQUE SI HA TENIDO O AHORA TIENE CUALQUIERA DEL DISABILITES O HERIDAS SIGUIENTES  
EXPLIQUE POR FAVOR SI CONTESTO SI A CUALQUIER PREGUNTA

1) La FECHA DE ULTIMO EXAMEN de FISICO : \_\_\_\_\_

2) ¿JAMAS HA DIBUJADO USTED COMPENSACION de TRABAJADOR? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE de COMPAÑIA : \_\_\_\_\_

¿PARA CUANTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

DESCRIBA LA HERIDA : \_\_\_\_\_

3) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A MANOS O TOQUETEA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A ARMAMENTOS, INCLUSIVE MUÑECA O DAR UI YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A PIERNAS O PIES, INCLUSIVE TOBILLO Y RODI YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD AI CUERPO, INCLUSIVE HOMBRO Y CADERA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A OJOS? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8) ¿ES CIEGO COLORAR? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9) ¿DUELEN los RUIDOS FUERTES las OREJAS? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10) ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11) ¿TIENE TUBERCULOSIS? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12) ¿CUALQUIER INCAPACIDAD O las HERIDAS A OREJAS? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

13) ¿TIENE la DIABETES? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14) ¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA HERNIA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15) ¿TIENE la HIPERTENSION? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16) ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17) ¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA INSOLACION, ESFUERZO de MUSCULO O DESVANECIMIENTOS? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18) ¿TIENE EPILEPSIA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

19) ¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA HERIDA DE ATRAS? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

20) ¿TIENE CUALQUIER DOLOR LUMBAR AHORA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

21) ¿CUAL ES LA FECHA DE SU ULTIMA INMUNIZACION de TETANO? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

22) SI CONTESTO SI A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTES MENCIONADAS, PUSO POR FAVOR EL NUMERO DE LA PREGUNTA Y UN EXPLATION ABAJO

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

24) CONTACTO de EMERGENCIA

NOMBRE

RELACION

TELEFONO EN CASA

CELULA

**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 LA PRESENTE DECLARACIÓN ANTES DE FIRMAR su aplicación.

LA INFORMACION que HE PROPORCIONADO EN ESTA APLICACION PARA el EMPLEO ES VERDAD, CORRIGE, Y COMPLETA. COMPRENDO COMPLETAMENTE QUE INFORMACION FALSA, INCOMPLETA O DISTORSIONADA DE CUALQUIER TIPO SERA CAUSA SUFICIENTE PARA MI APLICACION para SER RECHAZADO O, SI DESCUBRIO DESPUES DE QUE SEA EMPLEADO, la CAUSA PARA la TERMINACION INMEDIATA DE MI EMPLEO.

Las INSTITUCIONES Y las REFERENCIAS EDUCATIVAS que PROPORCIONE, Y CUALQUIER OTRO NECESARIO del PARTIDO para VERIFICAR LA CERTEZA DE LA INFORMACION yo REVELE EN ESTA APLICACION, UN RESUMEN RELACIONADO de EMPLEO O UNA ENTREVISTA PERSONAL para PARTICIPAR EN EL PROCESAMIENTO DE MI APLICACION, yo RENUNCIO TODOS los DERECHOS Y los RECLAMOS yo mayo DE OTRO MODO TIENE CONTRA EL EMPLEADOR O SUS REPRESENTANTES, PARA BUSCAR, Y PARA UTILIZAR INFORMACION para EVALUAR MI PETICION de EMPLEO Y a TODAS LAS OTRAS PERSONAS, las CORPORACIONES, O Las ORGANIZACIONES QUE PROPORCIONAN INFORMACION.

ESTA APLICACION EXPIRARA EN 90 DIAS. DESPUES DE ESA FECHA, A MENOS QUE DE OTRO MODO NOTIFICADO, yo COMPRENDA QUE MI ESTATUS COMO UN SOLICITANTE TERMINARA. Yo mayo APLICA DE NUEVO PARA el EMPLEO EN EL FUTURO COMPLETANDO UNA NUEVA APLICACION.

COMPRENDO COMPLETAMENTE Y ACEPTO TODOS los TERMINOS Y CONDICIONES DE LA DECLARACION ANTES MENCIONADA.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF APPLICANT (La FIRMA DE SOLICITANTE )

\_\_\_\_\_  
DATE

**FOR OFFICE USE ONLY**

COMMENTS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATE HIRED:

---

START DATE:

---

RATE OF PAY:

---

POSITION:

---

CLASSIFICATION:

---

FOREMAN:

---

INSURANCE: YES

\_\_\_\_\_ NO

---

AUTHORIZED BY:

---