



2408 Parkland Ave., Artesia NM 88210

**Employment Application**

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER	SEGUNDO	NO DE SEGURO SOCIAL
--------	----------	--------	---------	---------------------

**INTRUCCIONES DE APLICACION**

- **ES IMPORTANTE QUE LEA TODAS LAS INTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE Y QUE LLENE LA APLICACION PRECISAMENTE.**
- **SI TRANSCRIPCIONES O SUPLEMENTOS SON REQUERIDOS PORFAVOR SUMETALOS CON LA APLICACION.**
- **RESUMES SERAN ACEPTADOS SOLO COMO SUPLEMENTOS PARA LA APLICACION Y DEBE SER ACOMPAÑADO CON LA APLICACION COMPLETAMENTE LLENA.**
- **EL USO DE ESTA FORMA NO INDICA QUE HAIGA POSICIONES ABIERTAS Y DE NINGUN MODO OBLIGA A LA COMPAÑIA .**

**SECCION A**

RECURSO POR FUERA	PEDIODICO	REFERENCIA DE EMPLEADO	ENTRADA	ANUNCIO DE TRABAJO
ف	ف	ف	ف	ف

POR QUIEN:

**SECCION B VETERANOS**

VETERANO NO SI "SI" USTED DEBE SUMETER CON SU APLICACION, DEPENDIENDO DE LA BASE DE PREFERENCIA COMO ENSEÑAN ABAJO, UNA COPIA DE SU DD214 O CERTIFICADO DE VERIFICACION. POR FAVOR ESCRIBA SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL EN LA FORMA QUE SOMETIO. SI YA A SOMETIDO LAS FORMAS APROPIADS EN LOS ULITMOS 12 MESES NO NECESITA SOMETER OTRA.

POR FAVOR DE ELEJIR (X) UN DE LAS SIGIENTS Opciones DEPENDIENDO DE LA BASE DE PREFERENCIA:

ف U.S ACTIVE DUTY, SERVICE OF MORE THAN 180 DAYS WITH OTHER THAN MES/DIA/AÑO DISHONORABLE DISCHARGE, SUBMIT DD214. DATES OF ACTIVE DUTY SERVICE

ف SERVICE-CONNECTED DISABILITY. SUBMIT VERIFICATION CERTIFICATE, AVAILABLE AT THE DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY VETERAN AFFAIRS OFFICES.

ف SPOUSE OF VETERAN WHO IS MIA, POW, TOTALLY AND PERMANENTLY SERVICE-CONNECTED DISABLED, OR WHO DIED OF A SERVICE-CONNECTED DISABILITY. SUBMIT VERIFICATION CERTIFICATE, AVAILABLE AT THE DEPARMENT OF ECONOMIC SECURITY VETERAN AFFAIRS OFFICES.

**SECTION C THIS INFORMATION IS VOLUNTARY**

FEMENIO SEXO	MASCULINO ف	ف	FECHA DE NACIMIENTO MES DIA AÑO
-----------------	----------------	---	------------------------------------

- ف AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE: UNA PERSONA QUE TIENE ORIGEN DE GENTE DE NORTE AMERICA.
- ف ASAIN OR PACIFIC ISLANDER: A PERSON HAVING ORIGINS IN ANY OF THE ORIGINAL PEOPLES OF THE FAR EAST, SOUTHEAST ASIA, THE INDIAN SUNCONTINENT, OR THE PACIFIC INDIANS. THIS AREA INCLUDES, FOR EXAMPLE, CHINA, INDIA, JAPAN, KOREA, THE PHILIPPINE ISLANDS AND SAMOA
- ف BLACK (NOT OF HISPANIC ORIGIN): A PERSON HAVING ORIGINS IN ONE OF THE BLACK RACIAL GROUPS.
- ف HISPANO: A PERSON FROM MEXICO, PUERTO RICO, CUBA, CENTRAL OR SOUTH AMERICA OR OTHER SPANISH CULTURE OR ORIGIN, REGARDLESS OF RACE.
- ف WHITE (NOT OF HISPANIC ORIGIN): A PERSON HAVING ORIGINS IN ANY OF THE ORIGINAL PEOPLES OF EUROPE, NORTH AFIRICA, OR THE MIDDLE EAST.

**SECTION D POSITION FOR WHICH YOU ARE APPLYING**

POSITION APLICANDO:

**SECTION E APPLICANT INFORMATION**

APELLIDO	NOMBRE	M.I.	NO. DE SEGURO SOCIAL
----------	--------	------	----------------------

DIRECCION &amp; APT/SPACE NO.

CIUDAD	ESTADO	CODICO POSTAL
--------	--------	---------------

NUMERO DE TELEFONO DE CASE (AREA CODE)	NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO (AREA CODE)
--	---

ES USTED	NO	SI
CIUDADANO	ف	ف

SI NO ES CIUDADANO, ES ELEGIBLE PARA TRABAJAR BAJO UNA VISA OR PERMISO	NO	SI	ESCRIBA EL NUMERO DE LA VISA/PERMISO
	ف	ف	

LO HAN CONOCIDO EN LA ESCUELA EMPLEADOS/REFERENCIAS POR OTRO NOMBRE? SI "SI"	OTRO NOMBRE USADO:
--	--------------------

HA SIDO CONDENADO DE UNA FELONIA? DE UN DELITO MENOR CON MORALES TURPIDOS? SI "SI" ESPLIQUE ABAJO LA OFENSA, FECHA Y LOCACION. LAS CONVICIONES SON EVALUDAS EN RELACION CON LA POSICION DE APLICACION.
NO SI
ف ف

TIENE FAMILIARES CARNALES O POR MATRIMONO QUE SON EMPLEADOS DE SOUTHWEST CONCRETE CONST., INC.?	NO	SI	SI "SI" ESCRIBA LOS NOMBRES ABAJO:
	ف	ف	

SI AL PRESENTE ESTA EMPLIADO, PODEMOS CONTACTAR A SU EMPLIADOR?	NO	SI
	ف	ف

**SECTION F - THIS SECTION IS OPTIONAL**

HABLA FLUIENTEMENT OTRA IDIOMA MAS QUE EL ESPANOL	NO	SI
---	----	----

POR FAVOR DE ESPECIFICAR SI "SI" :

SI TIENE UN LICENCIA DE MANEJAR VALIDA, ESCRIBA LA CLASE APROPIADA, ESTADO, Y NUMERO.
CLASE ESTADO NO.

PARA EMPLEADOS (DENTRO DE 2 ANOS) DE SOUTHWEST CONCRETE CONST., INC.	REINSTATEMENT?	REEMPLOYMENT?
ANTERIORES SOLAMENTE. ESTA APLICANDO PARA (ELIJA UN DE LAS OPCIONES)	ف	ف

**SECTION G AVILABILITY (ELIJA TODAS LAS QUE APLIQUEN)**

INDICA QUE TIPO DE CITAS	PERMANENTE	TEMPORARIO	POR POSISION	LIMITADO (6 A 36 MESES)	TRABAJO DE OFICINA
USTED ACEPTA	ف	ف	ف	ف	ف

ACEPTA USTED	FULL-TIME	PART-TIME	TEMPORARIO	TRABAJO?
	ف	ف	ف	

ACEPTA UN TRABAJO QUE REQUIERA TRABAJAR LOS FINES DE SEMANA Y DIAS FESTIVOS?	NO	SI
	ف	ف

ES CONSIDERABLE VIAJAR FUERA DEL PUEBLO, PUEDE Y ESTA DISPUESTO A VIAJAR INCLUYENDO QUEDARSE SOBRE LA NOCHE?	NO	SI
	ف	ف

**SECTION H COMENTARIOS Y INFORMACION ADICIONAL**

UTILIZE EL ESPACIO ABAJO PARA LISTAR LOS CONJUNTOS DE MIEMBROS PROFESIONALES, LICENCIAS RELACIONADOS CON EL TRABAJO, REGISTRACIONES, CERTIFICADOS, CON LOS NUMEROS Y FECHA DE EXPIRACION. ESCRIBA COMENTOS ADICIONALES O INFORMACION QUE PUEDA SER CONSIDRADA PARA LA POSICION DE APLICACION:

**SECTION I HISTORIA DE TRABAJO (LISTA DE MAS RECIENT A EL MAS VIEJO – MAS RECIENT TRABAJO PRIMERO)**

DE (MES/ANO)	HASTA (MES/ANO)	TITULO DE TRABAJO	TIPO DE NEGOCIO	
HRS/WK	EMPESANDO SALARIO	ULTIMO SALARY	NOMBRE DE EMPLEADOR	
DIRECCION DE EMPLEADOR & PO BOX, SI HAY		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NO. DE EMPLEADOS SUPERVISO		NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO DEL SUPERVISOR	NUMERO DEL SUPERVISOR
LA RASON POR LA CUAL SE FUE:				
DESCRIPCION DE SU DEBER:				
DE (MES/ANO)	HASTA (MES/ANO)	TITULO DE TRABAJO	TIPO DE NEGOCIO	
HRS/WK	EMPESANDO SALARIO	ULTIMO SALARY	NOMBRE DE EMPLEADOR	
DIRECCION DE EMPLEADOR & PO BOX, SI HAY		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NO. DE EMPLEADOS SUPERVISO		NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO DEL SUPERVISOR	NUMERO DEL SUPERVISOR
LA RASON POR LA CUAL SE FUE:				
DESCRIPCION DE SU DEBER:				

DE (MES/ANO)	HASTA (MES/ANO)	TITULO DE TRABAJO	TIPO DE NEGOCIO	
HRS/WK	EMPESANDO SALARIO	ULTIMO SALARY	NOMBRE DE EMPLEADOR	
DIRECCION DE EMPLEADOR & PO BOX, SI HAY		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NO. DE EMPLEADOS SUPERVISO		NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO DEL SUPERVISOR	NUMERO DEL SUPERVISOR
LA RASON POR LA CUAL SE FUE:				
DESCRIPCION DE SU DEBER:				
DE (MES/ANO)	HASTA (MES/ANO)	TITULO DE TRABAJO	TIPO DE NEGOCIO	
HRS/WK	EMPESANDO SALARIO	ULTIMO SALARY	NOMBRE DE EMPLEADOR	
DIRECCION DE EMPLEADOR & PO BOX, SI HAY		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NO. DE EMPLEADOS SUPERVISO		NOMBRE DEL SUPERVISOR	TITULO DEL SUPERVISOR	NUMERO DEL SUPERVISOR
LA RASON POR LA CUAL SE FUE:				
DESCRIPCION DE SU DEBER:				

**SECTION J EDUCACION Y ENTRENAMIENTO (MAS VIEJO A EL MAS RECIENTE- MAS RECIENTE AL ULTIMO)**

HIGH SCHOOL	CIUDAD/ESTADO	DEPLOMA/GED			
COLEGIO, UNIVERSIDA, TRADE OR BUSINESS SCHOOLS, CERTIFICADOS	CIUDAD/ESTADO ( ATENDENSIA DE CLASES)	GRADO/DEPLOMA	SEM HRS	QTR HRS EARNED	AREA DE ESTUDIO
A					
B					
C					

**SECTION K NOTIFICATION EN CASO DE EMERGENCIA**

Porfavor indique la person que debemos contactar en caso de una emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codico Postal \_\_\_\_\_  
 Telefono(casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

**SECTION L PRUEBA DE DROGA**

**ENTIENDO QUE ES NECESARIO PASAR UNA PRUEBA DE DROGA.**

\_\_\_\_\_ **INICIALES**

**SECTION M DECLARACION DE CERTIFICACION - FIRMA DE APLICANTE**

FIRMANDO ESTA APLICACION, ACREDITO BAJO PENALIDAD DE LA LEY QUE LA INFORMACION DADA EN ESTA APLICACION ES CIERTO, CORECTO, Y COMPLETO A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA. TAMBIEN ENTIENDO QUE SI POR INVESTIGATION A CUALQUIER TIEMPO ENCUENTRAN INFORMACION FALSIFICADA , MI APLICACION PUEDE SER RECHAZADA, MI NOMBRE PUEDE SER ELIMINADO PARA CONSIDERACION EN EL FUTURO, Y PUEDO SER DESCALIFICADO PARA FUTURO EXAMINACION Y/O TERMINADO DE EMPLEO. TAMBIEN AUTORIZO A SOUTHWEST CONCRETE CONST., INC. QUE HAGA TODO LO NECESARIO Y APROPIADO PARA INVESTIGACIONES PERMITIDAS POR LEY PARA VERIFQUAR LA INFORMACION DADA.

**FIRMA:**

MES	DIA	ANO

COMENTARIOS:

**\*\*\*TO: Applicant**

**Please sign for us to receive information from previous employers.**

**Southwest Concrete Construction, Inc.**

**Phone: 505-746-9074 Fax: 505-746-4837**

**Request/Consent for Information From Previous Employers**

**SECTION 1: TO BE COMPLETED BY PROSPECTIVE EMPLOYEE**

**APPLICANT'S NAME:** \_\_\_\_\_ **SOC SEC #** \_\_\_\_\_

_____	_____	( ) _____	( ) _____
Previous Employer	Address	Phone#	Fax #
_____	_____	( ) _____	( ) _____
Previous Employer	Address	Phone#	Fax #
_____	_____	( ) _____	( ) _____
Previous Employer	Address	Phone#	Fax #

**The previous employer listed above is hereby authorized to release and forward, to Southwest Concrete the information requested in Sections 2 & 3 below concerning my alcohol and controlled substances testing as well as information concerning my work history and safety record.**

**\*\*\*APPLICANT'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**SECTION 2: TO BE COMPLETED BY PREVIOUS EMPLOYER**

In the past two (2) years

- |   |        |
|---|--------|
|   | Y or N |
| 1. Has this person tested positive for a controlled substance   | — —    |
| 2. Has this person ha an alcohol test with a breath alcohol concentration of .04  | — —    |
| 3. Has this person refused a required test for controlled substances or alcohol   | — —    |
| 4. If the answer to any of the above questions is yes please provide the name or the substance abuse professional to whom the applicant was referred (if any) _____ |        |

**PLEASE NOTE THAT THIS REQUEST IS MADE IN ACCORDANCE WITH FEDERAL MOTOR CARRIER SAFTETY REGULATION TITLE 49 SECTION 382.413.**

**SECTION 3: TO BE COMPLETED BY PREVIOUS EMPLOYER**

- Applicant was employed from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ as a \_\_\_\_\_
- Did applicant operate a commercial vehicle? \_\_\_\_\_ if yes what type of vehicle \_\_\_\_\_
- Was applicant involved in any vehicle accidents? \_\_\_\_\_ #Preventable \_\_\_\_\_ #Non Preventable \_\_\_\_\_
- In what areas did the applicant operate? \_\_\_\_\_
- Why did applicant leave? Discharged \_\_\_\_\_ Resigned \_\_\_\_\_ Lay Off \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_
- Is applicant eligible for rehire with your company? \_\_\_\_\_ reason if no \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of person supplying information, Title

\_\_\_\_\_  
Date