

Aplicación de Empleo

Acrobat Outsourcing es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades dedicada a la no discriminación en todas las prácticas de empleo. Acrobat Outsourcing selecciona la mejor persona calificada para el trabajo basado en las calificaciones relacionadas con el trabajo sin importar la raza, la edad (40+), color, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, estado civil, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra condición protegida por ley.

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre completo: BERNARDO S Fecha: bernardo godoy 1960
 Número telefónico de casa: (650) 271-4362 Celular: () @gmail.com
 Dirección Actual: 306 ALTA LOMA DR. S.SU. FRANCISCO, CA. 94080
 Dirección permanente, si es diferente del presente:
 Correo Electronico _____

EMPLEO DESEADO

Posición a la que desea aplicar: Dish Salario deseado: \$16

Esta usted registrado oh ha trabajado para otra(s) agencias? Favor de dar información: _____

Usted busca trabajo de: ¿Tiempo completo? Sí No ¿Tiempo parcial? Sí No ¿Busca trabajo Temporal? (ejemplo, para el verano o para las vacaciones) Sí No Del mes de: _____ Hasta: _____

¿Cómo se entero de nuestra posición abierta? (Favor de seleccionar):

Referido Nombre de la persona que refirió _____ Periodico Feria De trabajo Agencia

Página Web Otra fuente

¿Puede trabajar horas extras, si es necesario? Sí No ¿Si es contratado, que fecha puede empezar a trabajar? _____

Favor de tomar en cuenta que nuestros horarios pueden variar dependiendo en la posición y temporada. Nuestros horarios varían de semana a semana, dependiendo en lo que la compañía tenga disponible. Favor de incluir horas/días que está disponible para trabajar.

ESPECIFICAR HORAS DISPONIBLES	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
AM	/	/	/	/	/	/	/
PM	/	/	/	/	/	/	/

¿Tiene usted algunas vacaciones o viajes planeados en los siguientes 12 meses? Favor de incluir la(s) fecha:

INFORMACIÓN PERSONAL

¿A aplicado o trabajado para Acrobat Outsourcing en el pasado? Sí No Si su respuesta fue si, ¿cuando? _____

¿Tiene usted amigos(as) o familiares trabajando para Acrobat Outsourcing? Sí No Si su respuesta fue si, favor de incluir nombres y la relación a usted:

¿Si es contratado, tendrá usted un transporte seguro para trabajar? Sí No

¿Si es contratado, puede presentar evidencia de su derecho legal para trabajar? Sí No

Incluya su edad si es menor de 18 _____. Si es menor de 18, su solicitud será verificada por la razón de que tenga la mínima edad para trabajar.



¿Es capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo al que aplica? Sí _____ No _____
Si no, describa las funciones que no puede realizar. (Nota: Nosotros cumplimos con el ADA y consideraremos alojamiento razonable que es necesario para empleados/ solicitantes elegibles para realizar funciones esenciales.) _____

EDUCACIÓN Y HABILIDADES

NOMBRE DE ESCUELA	CUIDAD Y ESTADO	GRADO COMPLETADO	¿SE GRADUO?
¿Tiene licencias especiales, certificados o entrenaje especial? Favor de incluir bajo "Especial."	SÍ	NO	
¿Usted tiene conocimiento de computadora? Favor de incluir nombres de programas que usted sabe manejar bajo "Especial."	SÍ	NO	
¿Es usted competente con sistemas de puntos de venta? Favor de incluir nombre de sistemas bajo "Especiales."	SÍ	NO	
¿Tiene alguna otra experiencia, entrenaje, calificaciones o habilidades especiales, que usted piensa que lo(la) hace ser especialmente adecuado para trabajar en Acrobat Outsourcing? Favor de incluir bajo "Especial."	SÍ	NO	
Especial:			

HISTORIAL DE EMPLEO

A continuación, incluya su historial de empleo empezando con el más reciente (de los últimos 10 años). Si ha sido desempleado por más de 3 meses favor de indicar por cual razón.

¿Esta usted actualmente empleado? Sí _____ No _____ Si lo está, podemos contactar a su empleador? Sí _____ No _____

Nombre y dirección de Empleador/ Compañía: _____

Tipo de negocio: _____ Número de teléfono (____) _____ Nombre de Supervisor: _____

Su posición y responsabilidades: _____

Fecha de Empleo: Desde _____ Al _____ Pago semanal: Comienzo _____ Final _____

Razón de salida: _____

Nombre y dirección de Empleador/ Compañía: _____

Tipo de negocio: _____ Número de teléfono (____) _____ Nombre de Supervisor: _____

Su posición y responsabilidades: _____

Digitized by srujanika@gmail.com

Acrobat

outsourcing
Your Hospitality Staffing Professionals

Nombre y dirección de Empleador/ Compañía: _____

Tipo de negocio: _____ Número de teléfono (____) _____ Nombre de Supervisor: _____

Su posición y responsabilidades: _____

Fecha de Empleo: Desde _____ Al _____ Pago semanal: Comienzo _____ Final _____

Razón de salida: _____

Nombre y dirección de Empleador/ Compañía: _____

Tipo de negocio: _____ Número de teléfono (____) _____ Nombre de Supervisor: _____

Su posición y responsabilidades: _____

Fecha de Empleo: Desde _____ Al _____ Pago semanal: Comienzo _____ Final _____

Razón de salida: _____

¿A sido usted despedido(a) de algún lugar de empleo en el pasado? Favor de explicar por qué razón: _____

SERVICIO MILITAR

¿A obtenido habilidades especiales a resultado de servicio militar? Sí ____ No ____

Favor de describir: _____

REFERENCIAS DE TRABAJO

A continuación, incluya tres personas no relacionadas con usted que tengan conocimiento de su rendimiento en el trabajo dentro de los últimos tres años.

Nombre: _____ Número de teléfono (____) _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Relación: _____ Número de años familiarizados: _____

Nombre: _____ Número de teléfono (____) _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Relación: _____ Número de años familiarizados: _____

Nombre: _____ Número de teléfono (____) _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Relación: _____ Número de años familiarizados: _____

Favor de leer cuidadosamente, iniciar cada párrafo y firmar abajo.

X

Por lo presente, certifico que no he ocultado ninguna información que pudiera afectar adversamente mis oportunidades de empleo y que las respuestas dadas por mí son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Además, certifico que yo, el solicitante, he completado esta aplicación. Entiendo que cualquier omisión o tergiversación de hechos materiales en esta solicitud o en cualquier documento usado para asegurar el empleo será motivo de rechazo de esta solicitud o para la descarga inmediata si soy empleado, independientemente del tiempo transcurrido antes del descubrimiento.

X

Por lo presente, autorizó a Acrobat Outsourcing a investigar a fondo mis referencias, registro de trabajo, educación y otros asuntos relativos a mi idoneidad para el empleo y, adicional, autorizó las referencias que e incluido que puedan revelar a la compañía cualquier carta, reporte y otra información relativa a mis registros de trabajo, sin avisarme anteriormente de cierta revelación. En adicional, por lo presente libero a la compañía, mi ex empleado(s) y todas las otras personas, corporaciones, alianzas y asociaciones de cualquier reclamo, demandas o pasivos derivados de o en cualquier modo relacionado a dicha investigación o divulgación.

X

Por lo presente, autorizó a Acrobat Outsourcing y sus representantes autorizados a solicitar información con respecto a mi historial, que pueda incluir y no está limitado a, información de mi empleo anterior, y educación, que puede estar en archivos de cualquier estado, federal.

X

Entiendo que si se selecciona para el empleo, será necesario proporcionar evidencia satisfactoria de mi identidad y autorización legal para trabajar en los Estados Unidos, y que la inmigración federal requiere que complete la forma de I-9 a este respeto dentro de los tres días de mi empleo.

X

Acrobat Outsourcing es un empleador a voluntad. Entiendo que nada contenido en la aplicación, o transmitida en cualquier entrevista, cuales podrán ser concedidos durante mi empleo, si es contratado, se pretende crear un contrato de trabajo con la compañía y yo. Adicionalmente, entiendo y estoy de acuerdo que si soy empleado, mi empleo no es por definitivo o periodo determinable y puede ser terminado en cualquier momento, con o sin previo aviso, con o sin causa, a opción de mí o la compañía, y que ninguna promesa o representación contraria a lo anterior son vinculantes para la compañía a menos que se haga por escrito y firmada por mí y por el representante designado por la compañía.

Por lo presente, reconozco que he leído y entendido las declaraciones anteriores.

Firma de solicitante



Fecha

10/13/2017

NOTICE TO EMPLOYEE
Labor Code section 2810.5

EMPLOYEE

Employee Name: Bernardo Godoy

Start Date: _____

EMPLOYER

Legal Name of Hiring Employer: S.E Scher

Is hiring employer a staffing agency/business (e.g., Temporary Services Agency; Employee Leasing Company; or Professional Employer Organization [PEO])? Yes No

Other Names Hiring Employer is "doing business as" (if applicable):

Acrobat Outsourcing

Physical Address of Hiring Employer's Main Office:

665 Third St. Suite 415, San Francisco, CA. 94107

Hiring Employer's Mailing Address (if different than above):

Hiring Employer's Telephone Number: 415-431-8826

If the hiring employer is a staffing agency/business (above box checked "Yes"), the following is the other entity for whom this employee will perform work:

Name: _____

Physical Address of Main Office: _____

Mailing Address: _____

Telephone Number: _____

WAGE INFORMATION

Rate(s) of Pay: \$15 DISH Overtime Rate(s) of Pay: 1.5X

Rate by (check box): Hour Shift Day Week Salary Piece rate Commission

Other (provide specifics): _____

Does a written agreement exist providing the rate(s) of pay? (check box) Yes No

If yes, are all rate(s) of pay and bases thereof contained in that written agreement? Yes No

Allowances, if any, claimed as part of minimum wage (including meal or lodging allowances):

(If the employee has signed the acknowledgment of receipt below, it does not constitute a "voluntary written agreement" as required under the law between the employer and employee in order to credit any meals or lodging against the minimum wage. Any such voluntary written agreement must be evidenced by a separate document.)

Regular Payday: FRIDAY

WORKERS' COMPENSATION

Insurance Carrier's Name: Integro USA Inc. dba Integro Insurance Brokers

Address: 1 State Street Plaza, 9th floor, New York, NY. 10004

Telephone Number: 212-295-5440

Policy No.: LDC4042609 AOS

Self-Insured (Labor Code 3700) and Certificate Number for Consent to Self-Insure: _____

PAID SICK LEAVE

Unless exempt, the employee identified on this notice is entitled to minimum requirements for paid sick leave under state law which provides that an employee:

- a. May accrue paid sick leave and may request and use up to 3 days or 24 hours of accrued paid sick leave per year;
- b. May not be terminated or retaliated against for using or requesting the use of accrued paid sick leave; and
- c. Has the right to file a complaint against an employer who retaliates or discriminates against an employee for
 1. requesting or using accrued sick days;
 2. attempting to exercise the right to use accrued paid sick days;
 3. filing a complaint or alleging a violation of Article 1.5 section 245 et seq. of the California Labor Code;
 4. cooperating in an investigation or prosecution of an alleged violation of this Article or opposing any policy or practice or act that is prohibited by Article 1.5 section 245 et seq. of the California Labor Code.

The following applies to the employee identified on this notice: (Check one box)

1. Accrues paid sick leave only pursuant to the minimum requirements stated in Labor Code §245 et seq. with no other employer policy providing additional or different terms for accrual and use of paid sick leave.
2. Accrues paid sick leave pursuant to the employer's policy which satisfies or exceeds the accrual, carryover, and use requirements of Labor Code §246.
3. Employer provides no less than 24 hours (or 3 days) of paid sick leave at the beginning of each 12-month period.
4. The employee is exempt from paid sick leave protection by Labor Code §245.5. (State exemption and specific subsection for exemption):_____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

(Optional)

Bulgan Guntyan
(PRINT NAME of Employer representative)

10.13.2017
(SIGNATURE of Employer Representative)
(Date)

Bernardo S. Godoy Ramos
(PRINT NAME of Employee)

10/13/17
(SIGNATURE of Employee)
(Date)

The employee's signature on this notice merely constitutes acknowledgement of receipt.

Labor Code section 2810.5(b) requires that the employer notify you in writing of any changes to the information set forth in this Notice within seven calendar days after the time of the changes, unless one of the following applies: (a) All changes are reflected on a timely wage statement furnished in accordance with Labor Code section 226; (b) Notice of all changes is provided in another writing required by law within seven days of the changes.