

Solicitud de Empleo



Por Favor Impima

Premier Healthcare Services is an Equal Opportunity Employer

Fecha _____ Nombre de Cliente _____

¿Es usted Familiar de el Client? Si No ¿Si responde Ud. sí, como ? _____

Nombre _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Teléfono del domicilio () _____ Celular /Otro () _____

Correo Electronico _____

Dirección Actual _____
Numero Calle Ciudad Estado Código postal

Información Personal

Nombre, dirección y número telefónico de la persona a notificarse en caso de accidente o emergencia.

¿Ha solicitado alguna vez trabajo en Premier Healthcare Services, LLC? Si No Si sí, cuándo _____

¿Tiene Ud. por lo menos 18 años de edad? Si No

Si se le contrata, ¿Puede Ud. presentar evidencia de ciudadanía o prueba de su derecho legal a vivir y trabajar en este país? Si No

¿Tiene alguna limitación física que le impida ejercer las funciones de trabajo? Si No

¿Ha sido sentenciado alguna vez por una ofensa criminal (felonía o un delito menor serio)? Si No

Si respondió sí, declare la naturaleza del crimen (o crímenes), cuando y donde fue sentenciado y la sentencia del caso.

(Nota: No se negará empleo a ningún solicitante solamente por el motivo de haber sido sentenciado por una ofensa criminal. Sin embargo, se podrá tener en consideración las circunstancias que la rodearon y la relevancia de la ofensa para el puesto)

Historia Laboral

Por la presente certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta hasta donde yo sepa y estoy de acuerdo en que Premier Healthcare Services, LLC verifique cualquiera de mis afirmaciones a menos que yo indique lo contrario. Autorizo a las referencias enumeradas arriba a proveer a Premier Healthcare Services, LLC cualquier información concerniente a mis empleos previos y cualquier información pertinente que ellas pudieran tener. Además, exoneró a todas las partes y personas de cualquier responsabilidad por cualquier daño que pudiera resultar por proporcionar dicha información a Premier Healthcare Services, LLC, así como también por el uso o revelación de dicha información por Premier Healthcare Services, LLC o cualquiera de sus agentes, empleados o representantes. Entiendo que cualquier distorsión, falsificación u omisión material de la información en esta solicitud será causa suficiente para la cancelación de esta solicitud o despido inmediato del servicio del empleador en cualquier momento en que sean descubiertas. Si soy contratado, entiendo que soy libre de renunciar en cualquier momento, con o sin previo aviso y el empleador se reserva el mismo derecho de terminar mi empleo en cualquier momento, con o sin causa, con o sin previo aviso, excepto cuando la Ley lo requiera. Esta solicitud no constituye un acuerdo o contrato de empleo por ningún período específico o duración definitiva. Entiendo que ningún representante del empleador que no sea un funcionario autorizado, tiene la autoridad de hacer aseveraciones contrarias. Entiendo además que cualquier aseveración debe ser hecha por escrito y firmada por un funcionario autorizado. Entiendo que es política de la compañía no negarse a contratar a un individuo calificado con un impedimento físico debido a que esta persona necesita facilidades razonables requeridas por el ADA. Entiendo también que todas las ofertas de empleo están supeditadas a la provisión de pruebas satisfactorias de la identidad del solicitante y la autoridad legal para trabajar en los EE.UU.

Firma de solicitante _____ Fecha _____

Enumere al pie todos sus empleos presentes y pasados comenzando con su más reciente empleador (5 años anteriores es suficiente.) Tenga en cuenta todos los períodos de empleo. Ud. debe completar esta sección aun si incluye su currículum.

De _____	A _____	Empleador _____	Dirección _____
Título del empleo _____	Obligaciones _____	Salario final _____	
Supervisor _____	Telefono _____	Motivo de salida _____	

Formulario W-4(SP) (2010)

Propósito. Llene el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere llenar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2010 vence el 16 de febrero de 2011. Vea la Pub. 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

Nota: No puede reclamar la exención de la retención si: **(a)** sus ingresos exceden \$950 e incluyen más de \$300 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos) y **(b)** otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o el caso de dos asalariados o múltiples empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le

correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos (o cero) descuentos. Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Pub. 501, *Exemptions, Standard Deduction, and Filing Information* (Exenciones, deducción estándar e información sobre la presentación), en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos al calcular su número permisible de descuentos de la retención. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Pub. 919, *How Do I Adjust My Tax Withholding?* (¿Cómo ajusto la retención de mis impuestos?), en inglés, para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una suma cuantiosa de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere

hacer pagos de impuesto estimado usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si recibió ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 919 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será la más precisa cuando todos los descuentos se reclaman en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos se reclaman en los demás. Vea la Pub. 919, en inglés, para más detalles.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea *Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens*, (Aviso 1392, Instrucciones suplementarias para el Formulario W-4), en inglés, antes de llenar este formulario.

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, use la Pub. 919, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2010. Vea la Pub. 919, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos).

<p>A Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente</p> <p>B Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. </p> <p>C Anote "1" para su cónyuge. Pero, puede escoger anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)</p> <p>D Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos</p> <p>E Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia, anteriormente)</p> <p>F Anote "1" si tiene por lo menos \$1,800 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito</p> <p>G Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$61,000 (\$90,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces menos "1" si tiene tres o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$61,000 y \$84,000 (\$90,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos de evitar la retención insuficiente de los impuestos <p>H Sume las líneas A a la G, inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)</p>	<p>A _____</p> <p>B _____</p> <p>C _____</p> <p>D _____</p> <p>E _____</p> <p>F _____</p> <p>G _____</p> <p>H _____</p>
---	---

Para que sea lo más exacto posible, **complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.**

- Si piensa **detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos** y desea reducir su impuesto retenido, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**, en la página 2.
- Si tiene **más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$18,000 (\$32,000 si es casado), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si **ninguna** de las condiciones anteriores le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H.

Corte aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos.

Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2010</h1>
1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. Apellido		2 Su número de seguro social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una nueva tarjeta. <input type="checkbox"/>
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		5
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea se le retenga de su cheque de pago		6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2010 y certifico que cumpla con ambas condiciones siguientes para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí ►		
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►		Fecha ►
8 Nombre y dirección del empleador: (Empleador: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional)
		10 Número de identificación patronal (EIN)

**Formulario I-9, Verificación
de Elegibilidad para el Empleo**

Lea atentamente las instrucciones antes de cumplimentar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles durante la cumplimentación de este formulario.

AVISO DE ANTIDISCRIMINACIÓN: Se considera ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empresarios NO PUEDEN especificar qué documento(s) aceptarán de un empleado. El rechazo a la contratación de una persona debido a la existencia de una fecha futura de expiración en los documentos que ésta presenta puede constituir también una discriminación ilegal.

Sección 1. Información y verificación sobre el empleado (*El empleado deberá cumplimentarla y firmarla en el momento en que inicie el empleo.*)

Nombre en letra de imprenta:	Apellido	Inicial	Apellido de Soltera
Dirección (<i>Nombre y Número de la Calle</i>)		Apartamento núm.	Fecha de nacimiento (<i>mes/día/año</i>)
Ciudad	Estado	Código Postal	Seguro Social núm.

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declarar en falso o por utilizar documentos falsos durante la cumplimentación de este formulario.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy (verificar una de las siguientes posibilidades):

- Un ciudadano de los Estados Unidos
 Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (ver instrucciones)
 Un residente legítimo y permanente (núm. de extranjero) _____
 Un extranjero autorizado a trabajar (núm. de extranjero o núm. de admisión) _____
 hasta (fecha de expiración, en caso de corresponder- *mes/día/año*) _____

Firma del empleado

Fecha (*mes/día/año*)

Certificado del redactor y/o traductor (*A cumplimentarse y firmarse en caso de que la Sección 1 sea redactada por una persona distinta al empleado*). Declaro, bajo pena de perjurio, que he presenciado la cumplimentación de este formulario y que, a mi leal saber y entender, la información indicada es cierta y correcta.

Firma del Redactor/Traductor	Nombre en letra de imprenta
Dirección (<i>Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal</i>)	Fecha (<i>mes/día/año</i>)

Sección 2. Revisión y verificación del empresario (*Deber cumplimentarse y firmarse por el empresario. Examine un documento de la Lista A O examine un documento de la Lista B y uno de la Lista C, tal y como aparecen enumerados en el reverso de este formulario, e indique el título, el número y la fecha de expiración, si existe, del documento o de los documentos.*)

Lista A	O	Lista B	Y	Lista C
El título del documento: _____	O	_____	_____	_____
La autoridad que lo expide: _____		_____	_____	_____
Documento núm.: _____		_____	_____	_____
Fecha de expiración (<i>si existe</i>): _____		_____	_____	_____
Documento núm.: _____		_____	_____	_____
Fecha de expiración (<i>si existe</i>): _____	_____	_____	_____	_____

CERTIFICACIÓN: Declaro, bajo pena de perjurio, que he examinado el documento o los documentos presentado(s) por el empleado arriba mencionado, que el documento o los documentos arriba enumerado(s) parece(n) ser auténtico(s) y estar relacionado(s) con dicho empleado, que el empleado en cuestión empezará a trabajar el (*mes/día/año*) _____ y que a mi leal saber y entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos. (Las agencias estatales de empleo pueden omitir la fecha en que el empleado empieza a trabajar).

Firma del Empresario o de su Representante Autorizado	Nombre en letra de imprenta	Cargo
Nombre y Dirección de la Empresa u Organización (<i>Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal</i>)		Fecha (<i>mes/día/año</i>)

Sección 3. Actualización y nueva verificación (*Debe cumplimentarse y firmarse por el empresario.*)

A. Nuevo nombre (<i>en caso de que sea aplicable</i>)	B. Fecha de la nueva contratación (<i>mes/día/año</i>) (<i>en caso de que sea aplicable</i>)
---	--

C. En caso de que el anterior permiso de trabajo haya expirado, indicar a continuación la información relativa al actual permiso de empleo.

El título del documento:	Documento núm.:	Fecha de expiración (<i>si existe</i>):
Declaro, bajo pena de perjurio, que a mi leal saber y entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y que el documento o los documentos que ha presentado y el documento o los documentos que he examinado parece(n) ser auténtico(s) y estar relacionado(s) con la persona en cuestión.		
Firma del empresario o de su representante autorizado	Fecha (<i>mes/día/año</i>)	



Querido Proveedor de cuidado,

Por favor de someter una copia de su licencia de conducir y su tarjeta de seguro social con su aplicación. Un pasaporte también cumple con el requisito del gobierno federal para verificar su identidad.

Si gusta visitar nuestra oficina para hacer una fotocopia por favor tome la libertad. Estamos abiertos lunes a viernes de las 8am a 5pm
Gracias,

The Premier Team

Reporte de Abuso de Niños, Ancianos, Adultos Dependientes y de Violencia Doméstica

La ley de California requiere que se reporten incidentes de abuso de niños, ancianos, y adultos dependientes, y de violencia doméstica que llegue a su atención en su capacidad profesional. Por favor, lea las declaraciones debajo y firme en el espacio proporcionado para reconocer que usted seguira los requisitos de divulgación. Si tiene preguntas, o necesita ayuda con este requisito, por favor notifique a su supervisor. Información adicional referente a los códigos resumidos abajo han sido puestos a la disposición de su supervisor.

Sección 15630 del código del bienestar y de las instituciones: Cualquier guardian, médico de salud, o empleado dependiente de una agencia protectora de los servicios del adulto del condado o de una agencia de servicios protectivos para adultos dependientes que en su capacidad profesional o dentro del alcance de su empleo, observe algun incidente que razonablemente aparente ser abuso físico, o la repetición de lecciones que claramente indiquen abuso fisico o sea informado por algun anciano o adulto dependiente que el o ella a experimentado comportamiento constituido como abuso fisico debera reporatr al sospecho/a de abuso con el cordinador ombudsman de largo plazo del cuidado o a una agencia local de la aplicación de la ley cuando el abuso físico alegadamente ocurrido en la facilidad de largo plazo, debera ser reportado inmediatamente o cuanto antes possible por el teléfono, preparará y/o enviará un informe escrito de este incidente dentro de dos días laborables.

Sección 11166.5 del código penal: Este código requiere que cualquier guardián de cuidado de niños, médico de salud, o empleado/a de una agencia de protección para niños tenga conocimiento de u observe a un niño en su capacidad profesional o dentro del alcance de su empleo que él o ella sepa o razonablemente sospeche que a sido víctima de abuso de niños denuncie inmediatamente la sospecha a una agencia protectora de niños o tan pronto como sea posible reporte el caso por el teléfono y envíe un informe escrito de lo sucedido durante un plazo de 36 horas de haver recibido la información referente al incidente.

Sección 11160 y 11163 del código penal: Este código requiere que trabajadores de cuidado médico reporte casos sabidos o de sospecha de lesicones ocasionadas por violencia doméstica o de abuso marital. Tales casos se deben denunciar inmediatamente por el teléfono (o tan pronto como prácticamente sea posible) a la agencia local las autoridades seguido por un informe escrito en dos dias.

Nombre

Fecha

Firma

Fecha

Firma de Representante de Premier



Acuerdo de Confidencialidad

Todas las organizaciones tienen la responsabilidad legal y ética de salvaguardar la privacidad de todos los empleados y clientes y de proteger la confidencialidad de la información. La organización se adhiere a estrictos estándares en lo referente a los expedientes de los empleados, clientes y negocios y toda otra información que sea considerada de naturaleza confidencial.

Como empleado, Ud. reconoce que en el curso de su empleo con la organización, tendrá acceso a crear o adquirir información confidencial, privilegiada o privada, información, secretos o procesos de los empleados, proveedores o información comercial. Todos los empleados deben reconocer que esta información es solamente de propiedad de la organización, sin importar su formato o el cambio de formatos a través del tiempo. Cada empleado reconoce el derecho del empleador para determinar el asunto de la propiedad.

Cada empleado reconoce que revelar cualquier tipo de la información arriba mencionada dañaría directamente el negocio y la integridad de la organización y podría someter a la organización a una seria pérdida del negocio. En consecuencia, cada empleado promete, como condición de empleo, que durante y después de su empleo con la organización o una de sus subsidiarias afiliadas, él /ella no revelará tal información a ninguna persona o entidad sin obtener previamente el consentimiento escrito de la organización.

Además, cada empleado entiende que su puesto en la organización es de confianza. Cada empleado entiende que él / ella debe ofrecer sus mejores esfuerzos y su mayor diligencia para proteger y mantener los secretos del oficio y la información de negocios confidencial y privada de la organización.

Entiendo que después de la terminación de mi empleo debo retornar prontamente toda aquella información confidencial u otra propiedad de la organización a la Dirección de Servicios Profesionales.

Declaro que he leído y entiendo la información mencionada arriba con relación a la confidencialidad y entiendo que cualquier ruptura voluntaria o intencional de la confidencialidad resultará en una acción disciplinaria hasta e incluyendo la posible terminación.

Por el presente, acuerdo adherirme a los estándares de confidencialidad de la organización.

Nombre del Empleado: _____

Fecha: _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

Pautas del Cuido de Respiro

(Favor de leer y inicial cada línea)

- _____ 1. Para garantizar mi pago, debo someter mis hojas de tiempo entre 60 días de la fecha en cuando hice el trabajo.
- _____ 2. Entiendo que el cuidado de Respiro que proveo debe ser hecho en la residencia del consumidor.
- _____ 3. Entiendo que transportando (manejando para) los clientes del Centro Regional NO es permitido.
- _____ 4. Entiendo que Premier me va a pagar para la cantidad de horas que fueron aprobados por el Centro Regional para mi(s) cliente(s). Si trabajo más que las horas aprobadas, Premier no puede pagármelas.
- _____ 5. Entiendo que puedo llamar a Premier para verificar la cantidad de horas tiene(n) mi(s) cliente(s).
- _____ 6. Entiendo que mis responsabilidades como cuidador incluyen tareas como cuidado no-médico, atender a necesidades básicas de apoyo, continuación de sus rutinas diarias normales, y protegiendo la seguridad del cliente cuando su familia esta ausente.
- _____ 7. Entiendo que si el cliente tiene hermanos(as) o si hay otros niños en la casa que no son autorizados para recibir cuidado de Respiro, ellos(as) no son mi responsabilidad.
- _____ 8. Entiendo que **no** tengo autorización a realizar tareas médicas o a dar medicamentos al consumidor
- _____ 9. Entiendo que no puedo traer a mi(s) hijo(s)/hija(s), o a cualquier otra persona conmigo a la casa del consumidor.
- _____ 10. Entiendo que limpieza o otras tareas domesticas no son parte del programa.
- _____ 11. Entiendo que acompañamiento a citas médicas o de terapias no es uno de mis responsabilidades.
- _____ 12. Entiendo que si ocurre alguna daño física mía o del (la) consumidor(a) durante mi horario debo reportarlo a Premier entre seis horas de la incidente.
- _____ 13. He recibido y leído la guía de seguridad del Premier



EXENCIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y /O INVESTIGAR REPORTES DEL CONSUMIDOR

Yo, el suscrito, por el presente doy consentimiento, autorización y permiso a Premier Respite Services, sus compañías afiliadas y /o sus agentes (colectivamente llamados de ahora en adelante "la Compañía") ara conseguir los reportes del consumidor de mi persona, incluyendo pero no limitados a la información concerniente a mis méritos y situación crediticios, personalidad, reputación general, características personales y modo de vida. Estos reportes podrían ser obtenidos a través, pero sin limitarse a las siguientes fuentes: verificación de empleo y educación, historia personal de crédito basada en reportes de cualquiera de las agencias de crédito, entrevistas personales, referencias personales, reportes de la oficina de vehículos motorizados, verificación del número de seguro social, direcciones presentes y anteriores, historia de antecedentes criminales y civiles y cualquier otro registro público.

Por el presente exonero a cualquiera y a todas las personas, entidades de negocios, agencias de terceras personas y agencias gubernamentales que provean información, ya sean públicas o privadas, de cualquier responsabilidad, reclamo y /o demanda de mi parte, mis herederos u otras personas que presenten dichos reclamos en mi nombre, por proporcionar reportes del consumidor, y /o reportes investigativos del consumidor autorizados en ellos.

Además, si soy seleccionado como empleado o contratante independiente de la compañía, entiendo y autorizo a que se solicite una investigación periódica, por lo que dure mi asociación con la Compañía. Entiendo que esta exoneración y autorización permanecerán en efecto todo el tiempo que dure mi asociación con la Compañía. Por añadidura, por el presente autorizo a la Compañía a investigar cualquier accidente en el lugar de trabajo, mala conducta hecha en contra mía o en la cual estuve involucrado tanto durante el período de mi asociación con la Compañía como después de él.

Entiendo y estoy de acuerdo en que la información proporcionada por mí que sea falsa, incompleta o distorsionada de cualquier manera, a sólo criterio de la Compañía, será causa para cancelar cualquier consideración posterior de mi solicitud de empleo y /o de mi contrato de servicios, en cualquier momento en que dichas discrepancias sean descubiertas. Además, entiendo que al solicitar esta información no se me está haciendo ninguna promesa de empleo. Consiento que una fotocopia de esta autorización sea aceptada con la misma autoridad del original.

POR EL PRESENTE CERTIFICO QUE ESTE FORMULARIO FUE LLENADO POR MÍ Y QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y CORRECTA ASÍ COMO SU FECHA

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor imprima:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre Segundo nombre Apellido

Número de seguro Social: _____ Género (marque uno): _____

Masculino Femenino

Número de Licencia de Conducir: _____ Estado que lo expidió: _____

Número de teléfono diurno: _____

Otros nombres usados (alias, nombre de soltera, apodos): _____

Dirección presente: _____

Número y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal Fechas

Enumere cualquier otra dirección que haya Ud. usado en los últimos 7 años:

Número y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal Fechas

Número y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal Fechas

Número y nombre de la calle Ciudad Estado Código postal Fechas

¿Está solicitando un puesto en California, Minnesota u Oklahoma? Sí _____ No _____

Si respondió sí, ¿le gustaría recibir una copia del reporte al consumidor que solicitemos? Sí _____ No _____

*Nota: La fecha de nacimiento es solicitada para propósitos de identificación solamente y de ninguna manera es usada como calificación para unirse a la Compañía. La Compañía no discrimina sobre la base del sexo, religión, estado de excombatiente, edad o impedimento físico.

TITULO: Proveedor de Cuidado
SE REPORTE AL: Gerente General
SUMARIO: El Cuidador será responsable a proveer cuidado temporal y no-médico al consumidor

DEBERES Y REPOSABILIDADES:

- Proveer cuidado temporal no-médico y supervisión en el hogar del consumidor(a)
- Proveer un descanso para la familia de su responsabilidad exigente de cuidar a su(s) ser(es) querido(s).
- Asistir con los necesidades básicos del apoyo-propio del consumidor(a) como socialización, interacción, y las actividades diarias que un familiar haría normalmente
- Proveer cuidado y supervisión apropiada para proteger a la seguridad del consumidor(a) durante la ausencia de la familia.

He recibido, leído, y entiendo la descripción de la posición arribaducho

Firma del (la) Proveedor(a)

Fecha

Firma del (la) Gerente General

Fecha