

# SOLICITUD DE EMPLEO

Equal Opportunity Employer: Race/Color/Sex/Sexual Orientation/Gender Identity/National Origin/Disability/Vets



## INFORMACION PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad, Estado & Código Postal  
Formas de contactarlo: \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa Cellular

1	Posición(es) solicitada (o tipo de trabajo deseado):		
2	Preferencia de Turno: <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>er</sup> <input type="checkbox"/> No tengo preferencia		
3	Como supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Entre a la oficina <input type="checkbox"/> El anuncio de afuera <input type="checkbox"/> Agencia de Empleo <input type="checkbox"/> Referido por un empleado Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Escuche sobre la oportunidad de alguien <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____		
4	¿Alguna vez ha sido empleado de nosotros antes? En caso afirmativo, incluya las Fechas de empleo: ____ / ____ to ____ / ____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5	¿Está trabajando actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6	Podemos contactar a su empleador actual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7	Es mayor de 18 años?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8	¿Está actualmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? (Prueba de elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos será requerida si usted es contratado.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9	Estas disponible para trabajar: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporario/Trabajo de Temporada		
10	Puedes trabajar overtime (horas extras)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
11	Fecha que puede comenzar a trabajar: _____		

## EDUCACION

	Escuela/Dirección	Años Completados	Especialización	Diploma/Licenciatura
Secundaria:				
Universidad:				
Escuela Technica/Otro:				

## HISTORIA MILITAR

Alguna vez ha servido en la Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

**HISTORIA DEL EMPLEO**  
**Comenzando con su empleador mas reciente, proporcione la siguiente información. Si es necesario, agregue hojas adicionales.**

1	Nombre de Empresa:	Empleado desde ( <b>indique mes y ano</b> ): ___ / ___ a ___ / ___
	Indique su cargo y describa su trabajo:	Razon de salida:
2	Nombre de Empresa:	Empleado desde ( <b>indique mes y ano</b> ): ___ / ___ a ___ / ___
	Indique su cargo y describa su trabajo:	Razon de salida:
3	Nombre de Empresa:	Empleado desde ( <b>indique mes y ano</b> ): ___ / ___ a ___ / ___
	Indique su cargo y describa su trabajo:	Razon de salida:
4	Nombre de Empresa:	Empleado desde ( <b>indique mes y ano</b> ): ___ / ___ a ___ / ___
	Indique su cargo y describa su trabajo:	Razon de salida:
Favor de comentar sobre cualquier espacio entre empleos:		
Podemos ponernos en contacto con los empleadores mencionados arriba a menos que usted indique aquellos que no quiere que contactemos:		<b>NO CONTACTAR:</b>

**Alguna vez ha sido disciplinado, despedido o ha sido pedido que renuncie por otro empleador?**     Si     No  
 En caso afirmativo, explique por qué:

---



---

**HABILIDADES / CAPACIDADES**

<input type="checkbox"/> Operador de montacargas certificado <input type="checkbox"/> Experiencia con cortes de carne <input type="checkbox"/> Experiencia con procesamiento de carne <input type="checkbox"/> Experiencia de enviar/recibir	Describa cualquier otro entrenamiento aplicable: <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

**Explique porque piensa que la compania debe contratarlo:**

---



---



---

Chicago Meat Authority, Inc.  
**Invitación a que se identifique: raza/etnia, sexo y estado de veterano**

Chicago Meat Authority, Inc. es un contratista o subcontratista del gobierno sujeto a las leyes, incluida la Orden Ejecutiva 11246 (EO 11246) y el Acta de Asistencia para Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974 (VEVRAA). Estas leyes exigen que los contratistas o subcontratistas cubiertos del gobierno tomen acciones para emplear y avanzar con solicitudes de empleo y empleados sin fijarse en características específicas. Chicago Meat Authority, Inc. también está sujeta a ciertos requisitos de generar registros e informes para el gobierno. Para cumplir con estos requisitos, lo invitamos a marcar las casillas correspondientes a continuación. El envío de esta información es voluntario y el no hacerlo no lo dejará expuesto(a) a ningún trato adverso. La información que proporcione se mantendrá confidencial y solo se utilizará de formas que cumplan con la ley.

SU NOMBRE (LETRA IMPRENTA)

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

**SEXO:**  Femenino  Masculino  Opto por no identificarme

**RAZA/ETNIA - Definiciones a continuación**

**ESTADO DE VETERANO - Definiciones a continuación**

*Seleccione uno:*

*Seleccione uno:*

Hispano o latino

Soy un veterano protegido

Si no es hispano ni latino, seleccione una de las siguientes categorías:

No soy veterano

Opto por no identificarme

Blanco

Afroamericano

Asiático

Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico

Indio americano o nativo de Alaska

Dos o más razas

Opto por no identificarme

**DEFINICIONES DE RAZA/ETNIA:**

**Hispano o latino:** Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sud o centroamericano, u otra cultura española, sin importar la raza

**Blanco (no hispano o latino):** Una persona con procedencia de cualquier pueblo originario de Europa, Medio Oriente o el norte de África

**Raza negra o afroamericano (no hispano o latino):** Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos de raza negra de África

**Asiático (no hispano o latino):** Una persona con orígenes de cualquier pueblo originario de Extremo Oriente, Sudeste de Asia, o el subcontinente Indio incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam

**Hawaiano nativo o nativo de otra isla del Pacífico (no hispano o latino):** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico

**Indio americano o nativo de Alaska (no hispano o latino):** Una persona con orígenes de cualquier pueblo originario de América del Norte o del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego comunitario

**Dos o más razas (no hispano o latino):** Personas que se identifican con dos o más de las categorías raciales antes nombradas

**DEFINICIONES DE ESTADO DE VETERANO:**

**Veterano discapacitado:** (1) un(a) veterano(a) del servicio militar terrestre, naval o aéreo de los Estados Unidos con derecho a compensación (o que excepto por la recepción de pago como militar retirado tendría derecho a una compensación) bajo las leyes administradas por la Secretaría de Asuntos de los Veteranos; o (2) una persona dada de baja o liberada del servicio activo debido a una discapacidad derivada del servicio.

**Veterano recién excluido:** cualquier veterano(a) durante el período de tres años a partir de la fecha de baja o liberación del servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU., en el servicio militar terrestre, naval o aéreo.

**Veterano condecorado por servicio activo en campaña o tiempo de guerra:** un(a) veterano(a) que estuvo en servicio activo en las fuerzas armadas de los EE. UU., en el servicio militar terrestre, naval o aéreo durante una guerra o en una campaña o expedición por la cual se autorizó la condecoración bajo las leyes administradas por el Departamento de Defensa.

**Veterano condecorado con medalla por servicio en las fuerzas armadas:** un(a) veterano(a) que, durante el servicio activo en las fuerzas armadas de los EE. UU. en el servicio militar terrestre, naval o aéreo, participó en una operación militar de los Estados Unidos por la cual obtuvo una medalla por servicio en las Fuerzas Armadas según la Orden Ejecutiva 12985 (61 FR 1209).

**CERTIFICATION OF EMPLOYMENT APPLICATION**

**(By signing below, you are certifying that you have read, fully understand and accept all terms of this application.)**

I certify that I have not knowingly withheld any information that might adversely affect my chances for employment and that the answers given by me are true and correct to the best of my knowledge. I further certify that I, the undersigned applicant, have personally completed this application. I understand that any omission or misstatement of material fact on this application or on any document used to secure employment shall be grounds for rejection of this application or for immediate discharge if I am employed, regardless of the time elapsed before discovery.

I hereby authorize **Chicago Meat Authority, Inc.** (the "Company") to thoroughly investigate my references, work record, education, and other matters related to my suitability for employment, and authorize the employers listed in this application to disclose to the Company any and all letters, reports, and other information related to my work records without giving me prior notice of such disclosure. In addition, I hereby release the Company, my former employers, and all other persons, corporations, partnerships, and associations from any and all claims, demands, or liabilities arising out of or in any way related to such investigation or disclosure.

I understand that nothing contained in this application, or conveyed during any interview, which may or may not be granted, or during my employment, if I am hired, is intended to create a contract for continued employment between the Company and myself. Further, I understand and agree that if I am employed, my employment at the Company shall be at will, meaning that either I or the Company may terminate the employment relationship at any time, with or without cause or advance notice. At will employment also means that the Company may make decisions regarding other terms of employment, including but not limited to demotion, promotion, transfer, compensation, benefits, duties, and location of work at any time, with or without cause or advance notice.

I understand that this application relates only to the position I am applying for and only remains current for 30 days. At the conclusion of that time, if I have not heard from the Company and still wish to be considered for employment, it will be necessary to reapply and fill out a new application.

I understand that if I am hired, I will be required to provide proof of identity and legal authority to work in the United States and that federal immigration laws require me to complete an I-9 Form in this regard.

I understand that any offer of employment I may receive from the Company is contingent upon my successful completion of a background investigation and my agreement to sign Company documents confirming employment policies. Failure to consent to a background investigation, including a criminal background check, will be considered withdrawal of my employment application.

Should a search of public records (including records documenting an arrest, indictment, conviction, civil judicial action, tax lien, or outstanding judgment) be conducted by internal personnel employed by the Company, I am entitled to copies of any such public records obtained unless I mark the check box below. If I am not hired as a result of such information, I am entitled to a copy of any such records even though I have checked the box below.

I waive receipt of a copy of any public record described in the paragraph above.

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Printed Name of Applicant: \_\_\_\_\_

# Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires 1/31/2020  
Page 1 of 2

## Why are you being asked to complete this form?

Because we do business with the government, we must reach out to, hire, and provide equal opportunity to qualified people with disabilities.<sup>1</sup> To help us measure how well we are doing, we are asking you to tell us if you have a disability or if you ever had a disability. Completing this form is voluntary, but we hope that you will choose to fill it out. If you are applying for a job, any answer you give will be kept private and will not be used against you in any way.

If you already work for us, your answer will not be used against you in any way. Because a person may become disabled at any time, we are required to ask all of our employees to update their information every five years. You may voluntarily self-identify as having a disability on this form without fear of any punishment because you did not identify as having a disability earlier.

## How do I know if I have a disability?

You are considered to have a disability if you have a physical or mental impairment or medical condition that substantially limits a major life activity, or if you have a history or record of such an impairment or medical condition.

Disabilities include, but are not limited to:

- Blindness
- Autism
- Bipolar disorder
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Deafness
- Cerebral palsy
- Major depression
- Obsessive compulsive disorder
- Cancer
- HIV/AIDS
- Multiple sclerosis (MS)
- Impairments requiring the use of a wheelchair
- Diabetes
- Schizophrenia
- Missing limbs or partially missing limbs
- Intellectual disability (previously called mental retardation)
- Epilepsy
- Muscular dystrophy

Please check one of the boxes below:

- YES, I HAVE A DISABILITY (or previously had a disability)
- NO, I DON'T HAVE A DISABILITY
- I DON'T WISH TO ANSWER

\_\_\_\_\_  
Your Name

\_\_\_\_\_  
Today's Date

# Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires 1/31/2020  
Page 2 of 2

## Reasonable Accommodation Notice

Federal law requires employers to provide reasonable accommodation to qualified individuals with disabilities. Please tell us if you require a reasonable accommodation to apply for a job or to perform your job. Examples of reasonable accommodation include making a change to the application process or work procedures, providing documents in an alternate format, using a sign language interpreter, or using specialized equipment.

---

<sup>i</sup> Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. For more information about this form or the equal employment obligations of Federal contractors, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**PUBLIC BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995 no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. This survey should take about 5 minutes to complete.