

Gulf Plumbing, Inc.

7040 SW 47th Street
Miami, FL 33155
305-662-6844
gulfplumbing@aol.com

Date/Fecha: _____

Formulario para Aplicantes de Empleo/Job Application

Nombre/Name _____

Social Security: _____

Celular/Cell # _____ =

Salary /Salario _____ per Hour _____

D.O.B /Fecha de Nacimiento _____

Conteste SI o NO. Answer **YES or NO**

Plomero: _____ Plumber

Plomero Con Licencia: _____ Plumber with license

Ayudante: _____ Helper

Años de Experiencia: _____ years of experience

Transporte: _____ Transportation

Herramientas: _____ Tools

Ha trabajado en Plomería anteriormente _____ Did you have worked in Plumbing before

Trabajos anteriores Date Fecha Previously job date	Nombre de Compañía: Name of the Company	Salary Salario:

Office Only "Do not complete "No llenar Para Uso de Oficina solamente no llenar"

D. T	Proof	DT Confirm	Instruc.	4man	Tshirt	Start on	ADP	Key time	BGCK	Benefits	FSLA
						/ /					

Gulf Plumbing, Inc

APLICACION DE EMPLEO

Nombre de empleado _____ Fecha _____ / _____ / _____

Seguro Social # _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Domicilio _____ Apt # _____ Cuidad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono# _____

Número de Licencia # _____ Estado _____ Fecha de terminación _____

Contacto de emergencia _____ Tel# _____ Relación _____

IDENTIFICACION VOLUNTARIA EEO

Varias agencias del Gobierno de Estados Unidos requieren a empleadores mantengan información en solicitantes que pertenecen a factores tal como carrera, el sexo, y el tipo de la posición para la cual el individuo aplica. La información solicitada en estas hojas es para la conformidad con ciertos requisitos de mantener el registro. Las Compañías creen que todas personas son permitidas oportunidades de empleo igualitaria y no discriminan contra sus empleados ni solicitantes para el empleo a causa de la carrera, el color, el sexo, la religión, el origen nacional, la incapacidad, la posición de veterano, la edad, la posición marital, ni cualquier otra posición protegida del grupo.

Información Étnicos/Raza:

- Blanco (No-Hispano) Asiático o Isleño Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska
Negro (No-Hispano) Hispano

Las regulaciones publicadas por los Estados Unidos, del departamento de trabajo con respecto a individuos incapacitados, veteranos incapacitados y veteranos de era Vietnam requieren que contratistas federales proporcionen una oportunidad para la identificación del candidato buscando empleo. Tal identificación del ser es una base voluntaria, es una base confidencial, para el solo uso de acuerdo con las regulaciones, y sin sujetar el individuo al tratamiento adverso.

Incapacitado/Clasificación:

- Persona Incapacitada Veterano de era de Vietnam Veterano Incapacitado
(30% o más incapacidad)

7040 SW 47th Street
Miami, Florida 33155
Phone: 305-662-6844 Fax: 305-662-8667

Gulf Plumbing, Inc.

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE DROGAS

Yo, _____, entiendo que segun la Norma de la compania, "Libre De Drogas" para la cual yo he leido y he entendido, como una codicion del empleo con la Compania, yo puedo ser requerido a someter una muestra(s) de mi orina, de la sangre, y/o de otra muestra legalmente aprobada, para el analisis quimico. Entiendo que este analisis sera conducido por un laboratorio certificado del estado calificado.

EL PROPOSITO del analisis es para determinar la ausencia o la presencia de drogas y/o alcohol ilegales.

CONSIENTO libremente y voluntariamente al pedido de la Compania para muestra. Yo por la presente libero y guardo inofensivas las Companias y a sus empleados de cualquier responsabilidad todo lo que surga de cualquier pedido para proporcionar mis muestras y pruebas de mis muestras. Consiento ademas a la entrega del resultado(s) de cualquier analisis a las Companias y entiendo que en el caso que yo rehuse ser probado, el derecho para ejecutar esta Forma del Consentimiento de Prueba, o pruebe positivo, sere descalificado para la consideracion adicional del empleo, o sujeto a una accion disciplinarian con sujecion hasta e inclusive terminacion de empleo por las Companias. Entiendo tambien, en el caso que yo fuera herido en el curso y el alcance de mi empleo, y rehuso para ser probado o pruebe positivo, puedo, ademas de lo de arriba, perder toda mi Compensacion de Trabajadores medicos y beneficios de indemnidad.

Entiendo que toda informacion derivida de cualquier prueba sera mantenida confidencial y liberada solo al Oficial Medico de la Revision y/o esos personales de Companias con una necesidad para saber, excepto como autorizado y conforme por la ley y la regulacion, o por consentimiento por escrito. Entiendo tambien que una cadena documentada de la custodia de la muestra existe para asegurar la identidad de mis muestras a traves de la colección y el proceso que prueban.

***Entiendo tambien si abandono la compania en menos de 3 meses, se le descontara el precio del examen de drogas(\$50.00).**

Nombre

Nombre de Testigo

Firma

Firma

Seguro Social #

Fecha

Gulf Plumbing, Inc
7040 SW 47th Street
Miami, Florida 33155

LA FORMA DE LA LIBERACION PARA INFORMES DE CONSUMIDOR

Con respecto a mi aplicación para el empleo, entiendo que estos informes del consumidor o reportes investigativos del consumidor que pueden contener información del registro de publicó se pueden solicitar o pueden ser hechos en mi incluyendo el crédito de consumidor, los registros criminales, los registros impulsores, la educación, comprobación previa de empleador, los reclamos de la compensación de trabajadores y los otros. Estos informes pueden incluir la experiencia junto con razones para la terminación del empleo pasado. Adicional, entiendo que usted estará solicitando información de varias agencias Federales, los Estatales, locales y otras agencias que contienen mis actividades pasadas.

Yo por lo presente autorizo sin reservación, cualquier parte o la agencia avisada por este empleador para proporcionar los informes arriba mencionados en cualquier momento durante mi empleo.

Please Print

Nombre _____ M.I. _____ Apellido _____

Domicilio _____

Cuidad _____ Estado _____ Código Postal _____

Seguro Social# _____ / _____ / _____

Estado de Licencia _____ Número de Licencia _____

Propósito de Identificación:

Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____

Gender: Hombre _____ Mujer _____

Raza: Blanco _____ Negro _____ Hispano _____ Asiático _____ Indio Americano _____ Otro _____

Sobre Nombre(s) _____

Licencia Profesional: Estado _____ Tipo _____ Número _____

Firma _____ Fecha _____

Ph: 305-662-6844 Fax: 305-662-8667

Email: gulfplumbing@aol.com

Gulf Plumbing, Inc

CUESTIONARIO MÉDICO

Nombre de Empleado _____

Seguro Social del Empleado # _____ Height _____ Weight _____

¿Sufre o ha tenido alguna vez, cualquiera de los siguientes?

<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia (convulsiones, ataques)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cardíaco (corazón) Enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menistrectomía (inflamación de ciertas articulaciones)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputación del pie, la pierna, el brazo o la mano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pérdida de la vista en uno o ambos ojos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	espalda o lesiones en el cuello, con 120 días o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	osteomyelitis crónica (infección en el hueso)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patelectomía (rótula extirpado quirúrgicamente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruptura del ligamento cruzado
		<input type="checkbox"/>	Hemofilia
		<input type="checkbox"/>	Cirugía en una articulación
		<input type="checkbox"/>	Sordera Completa
		<input type="checkbox"/>	La obesidad (30 % de sobrepeso)
		<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral
		<input type="checkbox"/>	hiperinsulinismo
		<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular
		<input type="checkbox"/>	Thrombophlebitis
		<input type="checkbox"/>	Hernia de disco intervertebral
		<input type="checkbox"/>	fusión vertebral o la extirpación quirúrgica de arriba
		<input type="checkbox"/>	Polio
		<input type="checkbox"/>	Otros

¿Ha recibido anteriormente la compensación de trabajadores para la lesión en el trabajo? Si No En caso afirmativo, por favor explique.

¿Alguna vez ha recibido una calificación de discapacidad o hubiera asignado a usted por una compañía de seguros o agencia estatal / federal? Si No.

¿Te ha lesionado o dislocado la espalda, cuello, rodilla? Si No En caso afirmativo, por favor explique.

¿Alguna vez ha tenido algún otro tipo de cirugía no citados anteriormente? Si No En caso afirmativo, por favor explique..

¿Tiene artritis? Si En caso afirmativo, por favor explique.

La información en este formulario no deberá utilizarse para discriminar a un individuo calificado con una discapacidad debido a la existencia de la discapacidad en relación con los siguientes: los procedimientos de solicitud de empleo, contratación, ascenso o despido del empleado; compensación de los empleados, capacitación para el trabajo; y otros términos, condiciones y privilegios del empleo.

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído lo anterior y que los hechos denunciados son fieles a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma del Empleador _____ Fecha _____

7040 SW 47th Street
Miami, Florida 33155
Ph: 305-662-6844 Fax: 305-662-8667
email: gulfplumbing@aol.com

Beneficios y Regulaciones para nuestros Empleados

1. Seguro Medico

Después de 2 meses trabajando con la compañía usted tiene derecho a recibir seguro médico. La compañía paga el 50% y el resto lo paga el empleado descontado semanalmente. Usted puede añadir en el seguro a su esposa e hijos, siendo responsable del 100% de su salario.

2. Drogas

Cualquier persona que viene a trabajar bajo la influencia de drogas o alcohol sea despedido inmediatamente de la compañía. Es posible que en cualquier periodo de trabajo se solicite a los trabajadores someterse a una prueba de alcohol y drogas.

3. Ciclo de Pago

Siempre se cobrara el Viernes y cubrirá de Lunes hasta Sábado o Domingo de la semana anterior. Usted va a recibir su primer cheque el segundo Viernes de estar trabajando en la compañía.

4. Ultimo Pago

Si usted se va de la compañía voluntariamente, debe de firmar una forma para recibir su último pago. Si usted lleva menos de 3 meses trabajando y decide irse de la compañía, se le descontara \$50.00 del examen de drogas que se hizo para comenzar a trabajar.

5. Días Feriados

Se le otorgara los siguientes Días Feriados a los empleados que hayan cumplido 3 meses trabajando en la compañía: Labor Day (Día del trabajador), Christmas Day (25 de Diciembre) y Thanksgiving Day (Acción de gracias). Tienen que trabajar el día antes y después para poder cobra el día.

6. Ausencia

Tienen que informarle siempre a su supervisor cuando vayan a faltar a su trabajo. Al no hacerlo así, recibirla un "warning" o será despedido de la compañía.

7. Uniformes

5 T-Shirts se le entregara una vez al año y que deberá usar, mientras trabaje en la obra.

8. Depósito Directo

Solamente se les otorgara a los empleados que cumplan 3 meses en la compañía.

9. ES PROHIBIDO FUMAR EN LA OBRAS.

Recibido: _____



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
No. OMB 1615-0047
Expires 31/08/2019

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento	Título del Documento	Título del Documento		
Autoridad Emisora	Autoridad Emisora	Autoridad Emisora		
Número de Documento	Número de Documento	Número de Documento		
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ (*Vea las instrucciones para excepciones*)

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado	
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)	Ciudad o Pueblo	Estado <input type="checkbox"/>	Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones (*Para ser completado y firmado por el empleador o representante*).

A. Nuevo nombre (si aplica)	B. Fecha de recontratación (si aplica)		
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Nombre del Empleador o Representante Autorizado
--	---------------------------	---