



APLICACIÓN PARA EMPLEO

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Numero de licencia para conducir _____

Nombre del candidato: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ ¿Tienes 18 años o más? Sí No

¿Estás autorizado para trabajar en los EE. UU.?? Sí No Referido por: _____

Indique el nombre de cualquier pariente, que no sea el cónyuge, ya empleado por esta empresa. _____

Empresa de Bestifor a la que se postula: Bestifor Farms Bestifor Hay Best West Larsons' of Kansas gbpets VandWater

POSICIÓN DESEADA

Posición: _____ Fecha en que puede comenzar: _____ Salario deseado: _____

Posición solicitada: Tiempo completo Tiempo parcial Estacional

¿Has trabajado anteriormente para esta empresa? Sí No Si es así, desde _____ hasta _____

Razón de salida: _____ ¿Cómo te enteraste de este puesto?: _____

Anterior supervisor(es) en esta empresa _____

EDUCACIÓN

Nombre y ubicación de la escuela	Círculo el año pasado completado	¿Te graduaste?	Asignaturas, estudios, y título(s)
Escuela secundaria _____	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Sí	_____
_____		<input type="checkbox"/> No	_____
Universidad _____	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> Sí	_____
_____		<input type="checkbox"/> No	_____

Comercio, negocio o escuela de correspondencia _____ 1 2 3 4 Sí _____

_____ No _____

Otra educación o experiencia: _____

Otras habilidades especiales: _____

Actividades (cívicas, deportivas, etc.) en las que participas: _____

(Excluya las organizaciones cuales nombre o carácter indique la raza, religión, credo, color, origen nacional o discapacidad de sus miembros).

¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen?* Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles, incluida la(s) fecha(s): _____

*Una respuesta "sí" no lo descalificará automáticamente del empleo. Consideraremos la naturaleza y la fecha de la infracción y el trabajo para el que está solicitando solo con fines relacionados con el trabajo, y solo en la medida en que lo permita la ley aplicable.

EXPERIENCIA DE TRABAJO

Enumere todos los empleos anteriores, comenzando con el más reciente. Incluya el servicio militar como experiencia de trabajo. Si necesitas más espacio, puede adjuntar otra hoja de papel.

Empleador: _____ Dirección: _____

Empezando: _____ Hasta: _____ Puesto: _____

Razón de salida: _____ Deberes: _____

Nombre y cargo del gerente: _____ Podríamos contactar: Sí No

Salario inicial: _____ Salario final: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Empezando: _____ Hasta: _____ Puesto: _____

Razón de salida: _____ Deberes: _____

Nombre y cargo del gerente: _____ Podríamos contactar: Sí No

Salario inicial: _____ Salario final: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Empezando: _____ Hasta: _____ Puesto: _____

Razón de salida: _____ Deberes: _____

Nombre y cargo del gerente: _____ Podríamos contactar: Sí No

Salario inicial: _____ Salario final: _____

REFERENCIAS

Proporcione el nombre de tres personas que no sean parientes suyos, a quienes haya conocido durante al menos un año.

Nombre	Dirección	Qué tan familiarizados y # de años	Número de teléfono

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Autorizo a la empresa a investigar mi historial personal o laboral y autorizo a cualquier empleador, persona, empresa, corporación, agencia de crédito o agencia gubernamental actual o anterior a brindarle a la Compañía cualquier información que pueda tener sobre mí, y entiendo que cualquier tergiversación, o omisión será causa de despido. En consideración de la revisión de esta solicitud por parte del posible empleador, libero a la empresa ya todos los proveedores de información de cualquier responsabilidad como resultado de proporcionar y recibir esta información.

Además, acepto que, si soy empleado, ajustaré mi conducta a las reglas, regulaciones y políticas de personal de la empresa. Entiendo que ningún reclutador de personal, entrevistador o otro representante que no sea un funcionario de la empresa tiene autoridad para entrar ningún acuerdo de empleo por un período de tiempo específico y que cualquier manual de empleo o manuales que se me puedan distribuir durante el curso de mi empleo no se interpretará como un contrato. Además, entiendo que nada de lo contenido en esta solicitud o la concesión de una entrevista crea un contrato de empleo o prestación de algún beneficio, y QUE TENGO DERECHO A TERMINAR EL EMPLEO EN CUALQUIER MOMENTO Y QUE LA EMPRESA TIENE EL MISMO DERECHO.

Bestifor – sus divisiones, subsidiarias y empresas relacionadas – son un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. El empleo en Bestifor se basa únicamente en el mérito y las calificaciones de una persona directamente relacionadas con el puesto. Las personas que buscan empleo en Bestifor se consideran sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, ascendencia, estado de embarazo, sexo, edad, estado civil, discapacidad, condición médica, orientación sexual, identidad de género o cualquier otro estado legalmente protegido. Hacemos todos los ajustes razonables para cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y las leyes estatales de discapacidad.

Firma de solicitante: _____

Nombre de solicitante: _____

Fecha: _____

SOLO CONDUCTORES DOT/CDL

(Páginas 4-9)

APLICACIÓN DEL CONDUCTOR

Nombre del candidato: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

RESIDENCIA ÚLTIMOS TRES AÑOS

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Cuánto tiempo: _____

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Cuánto tiempo: _____

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Cuánto tiempo: _____

EXPERIENCIA Y CUALIFICACIONES – CONDUCTOR

PROPORCIONAR COPIA DE LICENCIA DE CONDUCIR Y CERTIFICADO MÉDICO

Enumere el estado y los números de licencia de todas las licencias que tuvo durante los últimos tres años.

Estado: _____ Número de licencia _____ Fecha de vencimiento: _____

Class A Class B

Respaldo: _____

Estado: _____ Número de licencia _____ Fecha de vencimiento: _____

Class A Class B

Respaldo: _____



Estado: _____ Número de licencia _____ Fecha de vencimiento: _____

Class A Class B

Respaldo: _____

Estado: _____ Número de licencia _____ Fecha de vencimiento: _____

Class A Class B

Respaldo: _____

EXPERIENCIA DE MANEJO

Clase de equipo: Camión recto Tractor semirremolque Tractor con dobles Tractor con triples Tractor con tanque Otro

Tipo de equipamiento (Furgoneta, Plana, Cisterna, etc.): _____

Fecha: Desde _____ hasta: _____ Approx. # de millas: _____

Clase de equipo: Camión recto Tractor semirremolque Tractor con dobles Tractor con triples Tractor con tanque Otro

Tipo de equipamiento (Furgoneta, Plana, Cisterna, etc.): _____

Fecha: Desde _____ hasta: _____ Approx. # de millas: _____

Clase de equipo: Camión recto Tractor semirremolque Tractor con dobles Tractor con triples Tractor con tanque Otro

Tipo de equipamiento (Furgoneta, Plana, Cisterna, etc.): _____

Fecha: Desde _____ hasta: _____ Approx. # de millas: _____

ACCIDENTES/CHOQUES DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS O MÁS

Fecha: _____ Tipo de accidente (retroceso, de frente, vuelco, giro): _____

Muertes: Sí No

Heridas: Sí No

Fecha: _____ Tipo de accidente (retroceso, de frente, vuelco, giro): _____

Muertes: Sí No

Heridas: Sí No

Fecha: _____ Tipo de accidente (retroceso, de frente, vuelco, giro): _____

Muertes: Sí No

Heridas: Sí No

Fecha: _____ Tipo de accidente (retroceso, de frente, vuelco, giro): _____

Muertes: Sí No

Heridas: Sí No

CONDENAS Y DECOMISOS DE TRÁFICO EN MOVIMIENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

Fecha de la condena: _____ Incumplimiento: _____

Ubicación: _____ Tipo de vehículo motorizado operado: _____

Fecha de la condena: _____ Incumplimiento: _____

Ubicación: _____ Tipo de vehículo motorizado operado: _____

Fecha de la condena: _____ Incumplimiento: _____

Ubicación: _____ Tipo de vehículo motorizado operado: _____

Fecha de la condena: _____ Incumplimiento: _____

Ubicación: _____ Tipo de vehículo motorizado operado: _____

A. ¿Alguna vez le han negado una licencia, permiso o privilegio para operar un vehículo motorizado? Sí No

B. ¿Alguna vez se ha revocado alguna licencia, permiso o privilegio? Sí No

En caso afirmativo, adjunte una declaración con detalles.

Bestifor requiere que todos los Conductores que conducen Vehículos Motorizados Comerciales (CMV) que requieren una Licencia de Conducir Comercial (CDL) se sometan a pruebas de detección de sustancias controladas con un resultado negativo antes de conducir.

¿Usted da su consentimiento para tales pruebas? Sí No

REGISTRO DE EMPLEO

Todo durante los últimos tres años y experiencia de manejo comercial durante los últimos diez (10) años

Último empleador: _____ Puesto _____

CDL Desde: _____ Hasta: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Razón de salida: _____



Último empleador: _____ Puesto _____

CDL Desde: _____ Hasta: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Razón de salida: _____

Último empleador: _____ Puesto _____

CDL Desde: _____ Hasta: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Razón de salida: _____

Último empleador: _____ Puesto _____

CDL Desde: _____ Hasta: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Razón de salida: _____

Esto certifica que esta solicitud fue completada por mí y que todas las entradas y la información que contiene son verdaderas según mi leal saber y entender.

Firma de solicitante

Fecha

Nombre de solicitante



Sección I. Para ser completada por el nuevo empleador, firmada por el empleado y transmitida al ultimo empleador.

Nombre de empleado: _____

Número de identificación o SS del empleado: _____

Por la presente, autorizo la divulgación de información de mis registros de pruebas de drogas y alcohol regulados por el Departamento de Transporte por parte de mi último empleador que figura en la Sección I-A al empleador que figura en la Sección I-B. Esta versión cumple con la Regulación 49 CFR Parte 40, Sección 40.25 del DOT. Entiendo que la información que mi último empleador divulgará en la Sección II-A se limita a los siguientes elementos durante los últimos tres años:

1. Prueba de alcohol con un resultado de 0.04 o superior,
2. Pruebas de drogas positivas verificadas;
3. Negativas a hacerse la prueba
4. Otras violaciones de las regulaciones de pruebas de drogas y alcohol de la agencia DOT;
5. Documentación, si la hubiere, de la finalización del proceso de regreso al servicio luego de una violación de las reglas;
6. Información obtenida de empleadores anteriores de una violación de la regla de drogas y alcohol.

Firma de solicitante

Fecha

Último empleador: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Último empleador: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

Último empleador: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____



Section II. Para ser completado por el ultimo empleador y transmitido al nuevo empleador.

- A. En los dos años anteriores, para las pruebas reguladas por el DOT:
- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿El empleado tuvo pruebas de alcohol con un resultado de 0.04 o más? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. ¿El empleado tenía pruebas de drogas positivas verificadas? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. ¿Se negó el empleado a hacerse la prueba? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. ¿Tuvo el empleado otras violaciones de las normas de pruebas de drogas y alcohol de la agencia DOT? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Si respondió "sí" a cualquiera de los puntos anteriores, ¿el empleado completó el proceso de regreso al trabajo? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. ¿Le reportó un empleador anterior una violación de las reglas de drogas y alcohol? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

[NOTA: Último empleador, si respondió "sí" a cualquier punto de la Sección II-A, también debe transmitir una copia o copias de la documentación correspondiente (p. ej., CCF, informes de resultados de MRO, BATF, informes de SAP, seguimiento registro de pruebas) al nuevo empleador.]

B. Nombre de la persona que proporciona información en la Sección II-A:

Título: _____ Número de teléfono : _____

Fecha: _____ Email: _____