

American Foods Group, LLC – PROCESO DE SOLICITUD ESTÁNDAR - FORMULARIO 5
SOLICITUD DE EMPLEO

INSTRUCCIONES PARA EL POSTULANTE – LEA CON CUIDADO ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

- **IMPRIMA Y COMPLETE CON TINTA SOLAMENTE**
- **DEBE COMPLETAR TODOS LOS DATOS DE ESTA SOLICITUD.** De no responder alguna pregunta o dejar cualquier espacio en blanco, significa que no ha seguido las instrucciones y es probable que no sea considerado para el empleo.
- **TODA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA** que se haga en esta solicitud puede ser resultado de una descalificación en su contra para este proceso de solicitud, tanto ahora como en el futuro, o su despido de American Foods Group, LLC, en caso de descubrirse después de que comience su relación laboral con la empresa.
- **SU SOLICITUD SE CONSIDERARÁ ACTIVA DURANTE NO MÁS DE 30 DÍAS. NO SE PUEDE VOLVER A SOLICITAR EMPLEO DURANTE LOS SESENTA (60) DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DE ESTA SOLICITUD** o tan pronto después de que las solicitudes hayan sido aceptadas.
- **AFG REVISARÁ SU SOLICITUD**, y en base a sus calificaciones y las necesidades actuales de la compañía, decidirá si se le invitará a mantener una entrevista. En caso de que no se lo contacte para una entrevista mientras su solicitud está activa, la compañía ha decidido que no se le entreviste en este momento.
- **AFG es un empleador que aplica acciones positivas e igualdad de oportunidades laborales.** Tenemos en cuenta a los postulantes para todos los puestos laborales, sin importar su origen étnico, color, religión, creencias, género, nacionalidad, edad, discapacidad, estado civil o si es veterano de guerra, orientación sexual o cualquier otra condición protegida por ley.

Al completar este formulario de solicitud y firmarlo al final del mismo, se está certificando que todas las respuestas y la información proporcionada es a su entender fidedigna y completa. Asimismo, usted autoriza a la investigación de todas las declaraciones incluidas en esta solicitud de empleo, conforme sea necesario para tomar la decisión de otorgar el trabajo. Usted acepta liberar y mantener libre de todo perjuicio en relación con toda responsabilidad a todas las personas, empresas y sociedades anónimas que suministren dicha información. También acepta indemnizar a esta compañía contra toda responsabilidad que pudiese ser el resultado de llevar adelante dicha investigación. Además, autoriza a su solo juicio a la compañía a suministrar su legajo de empleo, en forma total o parcial, a cualquier empleador potencial, departamento de gobierno o un tercero, que posea un interés que la compañía interprete como adecuado.

Se le pone en conocimiento que la compañía participa del método E-Verify. Como tal, la compañía proporcionará a la Administración de Seguridad Social y, si fuese necesario, al Departamento de Seguridad Nacional, información del Formulario I-9 de cada nuevo empleado a fin de confirmar la autorización para trabajar.

También, se le hace saber y usted entiende que toda oferta de empleo puede estar sujeta a la aprobación exitosa de una evaluación a cargo del personal sanitario escogido por la compañía, en relación con su capacidad para desempeñar funciones esenciales de la tarea encomendada, con o sin un arreglo razonable. Además, usted entiende que es posible que se requiera un análisis para la detección de drogas y pruebas de alcoholemia, o la verificación de antecedentes.

American Foods Group, LLC – SOLICITUD DE EMPLEO

Fecha de la solicitud:	PUESTO PARA EL QUE SE POSTULA (MARCAR UNO) ☐ Tareas generales ☐ Mantenimiento ☐ Electricista ☐ Control de calidad ☐ Otro	SÓLO PARA USO OFICIAL ULTI _____ AT _____ FDAT _____ ☐ Ingresado en Appl Tracker
-------------------------------	---	--

Cómo se enteró acerca de esta oportunidad de trabajo:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Aviso publicitario | ☐ Reclutamiento en establecimiento educativo | ☐ Caminando | ☐ Familiar |
| Especificar: _____ | | | |
| ☐ Agencia de empleo | ☐ Contactado por la compañía | ☐ Internet | ☐ Aviso interno |
| ☐ Servicio de empleos | ☐ Asociación profesional | ☐ Correo | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Amigo | ☐ Ferias de empleo | ☐ Recomendación de un empleado: | |

Apellido completo	Primer nombre	Segundo nombre	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Número(s) de teléfono		Número de seguro	

DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN DE FORMA COMPLETA:

1. ¿Es mayor de 18 años? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Se ha postulado para un empleo aquí antes? ☐ Sí ☐ No Si es sí, indique fecha(s) _____
3. ¿Trabajó alguna vez en Green Bay Dressed Beef o en cualquier otra planta de American Foods Group anteriormente? ☐ Sí ☐ No
 Si es sí, ¿dónde? _____ ¿Cuándo? _____
 (Sólo los postulantes que han trabajado en esta planta se consideran como reincorporaciones)
4. ¿Si ha sido recomendado por un empleado de la empresa, quién es y dónde trabaja?
 Nombre completo _____ Nombre del puesto _____ Depto. _____
5. ¿Si se le contrata, puede presentar pruebas de su situación legal para trabajar en los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Puede trabajar de lunes a viernes y en ocasiones los domingos, si fuese necesario? ☐ Sí ☐ No
8. ¿En qué turnos desea trabajar ☐ 1^{ro} (a.m.) ☐ 2^{do} (p.m.) ☐ CUALQUIER turno
9. ¿Desea o puede trabajar horas extraordinarias todos los días? ☐ Sí ☐ No

Educación (debe completarse o no se le considerará para una entrevista)

	Nombre y ciudad/estado del establecimiento educativo	Curso de estudio	Años completados	Diploma o título
Grado de escuela primaria				
Escuela secundaria				
Alumno universitario				
Profesional graduado				
Otro (especificar)				

Experiencia en el empleo

Debe completar todas las casillas para cada empleo. Se requiere un mínimo de cinco años de experiencia laboral, a menos que haya estado en un establecimiento educativo en los últimos cinco años. Si estuvo en un establecimiento educativo en los últimos cinco (5) años, indique la institución educativa en el recuadro Empleador y las fechas de estudio en el recuadro Fechas de empleo. Comience con su empleo presente o más reciente. Incluya toda misión para el servicio militar relacionada con el empleo y las actividades de trabajo voluntario. Puede excluir aquellas organizaciones que indiquen condiciones de etnia, color, religión, género, nacionalidad, discapacidad u otras con situación protegida. **Si necesita más espacio, continúe en una hoja aparte.**

1	Empleador		Fechas de empleo		Enumere a continuación todos los trabajos realizados
	Domicilio		De	Para	
	Número de teléfono				
	Título del último trabajo	Supervisor	Jornal por hora/salario		
	Razón de abandono del empleo		Inicio	Final	
2	Empleador		Fechas de empleo		Enumere a continuación todos los trabajos realizados
	Domicilio		De	Para	
	Número de teléfono				
	Título del último trabajo	Supervisor	Jornal por hora/salario		
	Razón de abandono del empleo		Inicio	Final	
3	Empleador		Fechas de empleo		Enumere a continuación todos los trabajos realizados
	Domicilio		De	Para	
	Número de teléfono				
	Título del último trabajo	Supervisor	Jornal por hora/salario		
	Razón de abandono del empleo		Inicio	Final	

Con mi firma más abajo, certifico que toda la información provista por mí en la presente solicitud de empleo es a mi saber cierta y está completa, y que he leído y acepto todos los términos y condiciones que se explican en la primera página.

Firma del postulante

Fecha

VERSION EN ESPAÑOL

Para Poner en Pizarrón o Área Accesible y Visible Para Todos

(IMPORTANTE: Para Uso Oficial Solamente Se Puede Usar la Versión en Inglés de "IRS Form 8850")

Form **8850**
(Rev. January 2012)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Pre-Screening Notice and Certification Request for the Consolidated Work Opportunity Tax Credit

OMB No. 1205-0371

► Vea Instrucciones en Inglés

Solicitante de Trabajo: Llene los siguientes blancos y marque con una (X) los encasillados que apliquen. Llene sólo esta página.

Su Nombre _____ Número de Seguro Social ► _____

Dirección de la Calle Donde Usted Vive _____

Pueblo/Ciudad y Código Postal _____

Condado _____ Número de su Teléfono () _____

Si usted es menor de 40 años escriba su fecha de nacimiento aquí (mes, día, año) / /

1 ☐ Marque aquí con una X si Usted recibió una Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local como elegible para participar en el Programa WOTC.

2 ☐ Marque aquí con una X si una de las siguientes situaciones le aplican a Usted.

- Soy miembro de una familia que ha recibido "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) o beneficios de un programa sucesor durante cualquier período de 9 meses en los últimos 18 meses.
- Soy veterano y miembro de una familia que recibió beneficios del Programa Suplementario de Alimentación Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos o Programa de "Pan y Trabajo" en Puerto Rico) por lo menos durante un período de 3-meses dentro de los últimos 15 meses.
- Fui referido aquí por una Agencia de Rehabilitación Vocacional, la Administración de Asuntos de Veteranos o por una agencia conocida como "Employment Network" del programa "Ticket to Work."
- Tengo por lo menos 18 años pero soy menor de 40 años y soy miembro de una familia que:
 - a. Recibí beneficios del Programa SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) durante los últimos 6 meses, o
 - b. Recibí beneficios de SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, PERO ya mi familia NO es elegible para recibir estos beneficios.
- Durante el año pasado, fui convicto por cometer una felonía/delito o salí libre de la cárcel.
- Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplementario" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.
- Soy veterano y estuve desempleado por un período de por lo menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el pasado año.

3 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un veterano y estuvo desempleado por un período o períodos de 6 meses durante el pasado año.

4 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y fue dado de baja del Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA en el pasado año

5 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y estuvo desempleado por un período o períodos de 6 meses durante el pasado año.

5 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un miembro de una familia que:

- Recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) por los menos durante los últimos 18 meses consecutivos, o
- Recibió beneficios de TANF durante cualquier período de 18 meses comenzando después del 5 de agosto de 1997, y el período mas reciente de 18 meses de beneficios recibidos después del 5 de agosto del 1997 terminó en los últimos 2 años; o
- Dejó de ser elegible para recibir beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) en los últimos 2 años porque una ley Federal o estatal redujo el período máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar

Bajo penalidad de perjurio, declaro que ofrecí esta información al patrono en o antes del día en que se me ofreció empleo, y es verdadera, correcta y completa.

Firma del Solicitante ►

Fecha: / /

Para Uso del Patrono Solamente

Nombre del Patrono _____ No. de Teléfono (____) _____ EIN _____

Dirección _____

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal _____

Nombre del Representante Si Distinto al del Patrono _____ No. de Teléfono _____

Dirección _____

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal _____

Si de acuerdo a la edad y dirección del individuo, Ud. cree que este individuo es miembro del grupo 4 o 6 (según se describe en la sección de definiciones bajo "Members of Targeted Groups" (Miembros de los Grupos) en las instrucciones en Inglés para llenar esta forma) llene el siguiente blanco con el número (4 o 6) de acuerdo con el grupo a que pertenezca este individuo..... ► _____

FECHA EN QUE EL
SOLICITANTE:

Fue Entrevistado: _____ Se le Ofreció Trabajo: _____ Fue Contratado _____ Comenzó a Trabajar _____

Bajo penalidad de perjurio, declaro que llené esta forma en o antes del día en que le ofrecí empleo a este individuo y que la información aquí suministrada es verdadera, correcta, y completa. De acuerdo con la información suministrada por el individuo, creo que el/ella es miembro(a) de uno de los grupos bajo el programa WOTC.

Firma del Patrono ► _____

Título _____

Fecha: ____ / ____ / ____

♦♦♦♦

Nota: Para información sobre "Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice" e instrucciones en Inglés sobre como llenar esta forma, lea: "Instructions for IRS Form 8850, (Rev. January 2012)" y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.



INVITACIÓN A LA LIBRE IDENTIFICACION DEL ESTADO DE VETERANO PROTEGIDO

Green Bay Dressed Beef, LLC, una compañía de American Foods Group, LLC, es un contratista del Gobierno Federal sujeto a la Sección 4212 de la Ley de Asistencia de Reajuste de los Veteranos de Vietnam de 1974, modificada ("Sección 4212"), que prohíbe la discriminación en contra, y requiere que los contratistas del gobierno federal adopten medidas de acción afirmativa para la contratación y ascenso en el empleo: (1) los veteranos discapacitados; (2) los veteranos recientemente separados; (3) durante la guerra activa o insignia de campaña de veteranos activos; y (4) los veteranos con medallas de servicio de las Fuerzas Armadas (colectivamente, "los veteranos protegidos").

La siguiente invitación a la libre identificación de veteranos protegidos se realiza de conformidad con la Sección 4212. La divulgación de esta información es totalmente voluntaria y el negarse a otorgarla no lo sujeta a tratamiento desfavorable. La información será confidencial y sólo se utilizará de manera que sean consistentes con la Sección 4212.

Por favor, indique si usted se identifica como una o más de las categorías de veteranos protegidos (como se define más adelante), marcando la casilla correspondiente.

- ☐ Soy un veterano protegido.
- ☐ No soy un veterano protegido.
- ☐ Prefiero no contestar.

Veterano Discapacitado: (i) un veterano de las fuerzas armadas estadounidenses, tierra, naval o aérea que tenga derecho a una indemnización (o que, pero para la recepción de pago de jubilación militar tendría derecho a una indemnización), bajo las leyes administradas por el Secretario de Asuntos Veteranos; o (ii) una persona que fue dada de baja del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

Veterano Recientemente Separado: cualquier veterano durante el período de tres años a partir de la fecha de aprobación de la gestión de dicho veterano o retiro del servicio activo en los estados unidos militar, tierra, o el servicio aéreo naval.

Veterano de las Fuerzas Armadas con Medalla de Servicio: un veterano que, mientras estaba en servicio activo en los estados unidos militar, tierra, naval o aérea, participó en una operación militar de Estados Unidos y por lo cual una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas fue concedida en virtud de la Orden Ejecutiva 12985.

Veterano de Tiempo de Guerra en Servicio Activo o Insignia de Campaña: un veterano que sirvió en los estados unidos militar, tierra, naval o aérea durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual una insignia de campaña haya sido autorizada bajo las leyes administradas por el Departamento de Defensa. Si desea obtener más información sobre las campañas o expediciones para la cual una insignia de campaña haya sido autorizada, por favor visite:
<http://www.opm.gov/policy-data-oversight/veterans-services/vet-guide/>.

Nombre
(Imprima):

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Firma:

Fecha:

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Ceguera
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis cerebral
- VIH/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia muscular
- Trastorno bipolar
- Depresión aguda
- Esclerosis múltiple (EM)
- Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas
- Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)

Favor marcar una de las casillas siguientes:

- ☐ SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- ☐ NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- ☐ NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en ingles) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.



AMERICAN
FOODS GROUP

EXPEDIENTE DE DATOS DEL SOLICITANTE

Como empleadores/contratistas con el gobierno, nosotros cumplimos con las responsabilidades del gobierno y de acciones afirmativas.

Para ayudarnos a conformarse a mantener los registros del gobierno, reportando y otros requerimientos legales, apreciaremos su cooperación en cumplir el Expediente de Datos del Solicitante. Proporcionando esta información es voluntaria, negarse de proporcionar esta información no resultará en tratamiento adverso.

Estos datos es solo para reportar al gobierno y se guardará **CONFIDENCIAL**. Este Expediente de Datos estará guardado solo y **NO** estará considerado parte de su Aplicación por Empleo.

POR FAVOR USA LETRA DE IMPRENTA PARA TODA LA INFORMACION

Posición(es)
solicitado(s): _____

Fuente de Remisión:

☐ Anuncio

Especifica: _____

☐ Agencia de empleo

☐ Job Service

☐ Amigo

☐ Pariente

☐ Recluta de la universidad

☐ Contactado por la Compañía

☐ Asociación profesional

☐ Feria de trabajos

☐ Noticia interna

☐ Walk-In

☐ Internet

☐ Correo

☐ Referencia

☐ Otro: _____

Nombre del
Candidato: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

ENCUESTA DE ACCION AFIRMATIVO

Agencias del gobierno requieren reportes del genero y origen étnica de los candidato para empleo. Los datos son solo para análisis y acción afirmativo.

GENERO: Marca Uno

☐ Hombre

☐ Mujer

RAZA/ETNICA: Marca Solo Una

☐ Hispano (de cualquier raza)

☐ Blanco (no Hispano)

☐ Negro o Afroamericano (no Hispano)

☐ Asiático (no Hispano)

☐ Hawaiana u Otro Isleño Pacifico (no Hispano)

☐ Amerindio o Nativo de Alaska (no Hispano)

☐ Dos o Mas Razas

Es la política de American Foods Group, LLC a proveer empleo igual y oportunidades para avanzar a todos los individuos calificados. Para lograr esta meta, American Foods Group, LLC esta dedicado a tomar acción afirmativa y emplear y avanzar en empleo, minorías y mujeres. Todas las acciones de personal, incluyendo reclutamiento, empleo, entretenimiento y avanzar personas en todos los trabajos, estarán administrados sin respeto a raza, color, religión, genero, origen nacional, u otro bases protegido y todos las decisiones de empleo están basados solo en requerimientos del trabajo validos..

Firma: _____

Fecha: _____

Revised 12/17/2010