

**American Foods Group, LLC - SOLICITUD DE EMPLEO**  
**Trabajo General y Apoyo de Producción**

**AVISO A SOLICITANTES**

**Ley de Inmigración**

Bajo el Acta de Reforma y Control de Inmigración de 1986 (Immigration Reform and Control Act of 1986), se requiere que American Foods Group, LLC verifique su identidad y su derecho a tener empleo en este país. Es nuestro reglamento el cumplir con esta ley la cual es reforzada por el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS). Los siguientes documentos originales son aceptables para establecer identidad y su derecho a tener empleo: (Documentos no deben de estar vencidos)

- Pasaporte de los Estados Unidos, o Tarjeta de Pasaporte de Estados Unidos
- Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Registro de Residente, (Forma I-551)
- Un Pasaporte extranjero el cual contiene un sello I-551 temporal o una I-551 una tarjeta de inmigración visa
- Documento de Autorización de Empleo que contenga fotografía (Forma I-766),
- Un pasaporte extranjero el cual contiene prueba de autorización de empleo o tiene adjunto un forma que no tenga vencimiento I-94 la cual tiene el mismo nombre que el pasaporte, contiene el sello de autorización de empleo y el empleo no esta en conflicto con ninguna de las restricciones o limitaciones contenidas en la Forma I-94.
- Pasaporte de la Federación de Estados de Micronesia (FSM) o la Republica de las Islas Marshall (RMI) con la Forma I-94 con
- Forma I-94A indicando admisión no inmigración bajo el Arreglo de Libre Asociación entre los Estados Unidos y FSM o RMI.

Los siguientes documentos son aceptables para establecer identidad:

- licencia para manejar o tarjeta de identificación que contiene una fotografía o información de identificación como nombre, dirección, sexo, fecha de nacimiento, altura, peso, y color de ojos,
- tarjeta de identificación de la escuela con una fotografía, tarjeta de matrícula para votar,
- tarjeta militar de los Estados Unidos o historia de inscripción,
- tarjeta de identificación expedida por una agencia o entidad del gobierno federal, estatal o municipal, tarjeta de identificación de dependiente militar,
- documentos tribales de Nativo Americano,
- licencia para manejar expedido por la autoridad del gobierno de Canadá.

Los siguientes documentos son aceptables solamente para establecer autorización para trabajar:

- una tarjeta de número de seguro social (fuera de una tarjeta que dice que no es valido para empleo), un certificado de nacimiento expedido por el Departamento de Estado, formulario FS-545
- un certificado de nacimiento extranjero expedido por el Departamento de Estado, formulario DS-1350,
- un certificado de nacimiento original o una copia verificado expedido por el estado, condado o municipalidad con sello, un documento que autoriza empleo expedido por el INS,
- un documento tribal de Nativo Americano,
- Tarjeta de Identificación de los Estados Unidos, INS formulario I-197,
- tarjeta de identificación para el uso de un ciudadano residente en los Estados Unidos, INS formulario I-179.

**RECUERDE QUE TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN SER ORIGINALES AUTÉNTICOS Y DEBEN PERTENECER A USTED. SI UN SOLICITANTE SE NIEGA ENTREGAR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA CUMPLIR CON LAS LEYES DE INMIGRACIÓN DENTRO DEL PERIODO DE TIEMPO PERMITIDO, LA COMPAÑÍA CONSIDERARA ESTE ACTO COMO UN RECHAZO A LA OFERTA DE TRABAJO.**

No se le pedirá a usted entregar más documentación de la que es necesaria para verificar su identidad y su derecho de trabajar en este país. Si en cualquier momento un gerente lo hace o en otra manera hace algo diferente a los procedimientos comunicados a usted, hable inmediatamente con el departamento de Recursos Humanos. No se tomará ninguna acción contra un empleado quien reporte dichas actividades.

Sabemos que estos requerimientos pueden imponer una carga sobre usted pero es la ley y es necesario que todos nosotros cumplamos con ella.

Además de entregar esta documentación, usted es requerido completar bajo la pena de perjurio una declaración que los documentos que usted entregó son auténticos y pertenecen a usted. Usted debe estar conciente de que una declaración falsa en este formulario es una felonía y que usted puede ser sujeto a multas criminales y encarcelamiento. Además, un extranjero ilegal declarado culpable de una felonía no será elegible para amnistía. Si en cualquier momento usted tiene preguntas concernientes a estos procedimientos, por favor habla con el departamento de recursos humanos.

**American Foods Group, LLC - SOLICITUD DE EMPLEO**  
**Trabajo General y Apoyo de Producción**

**INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE – LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD**

**POR FAVOR CON LETRA DE IMPRENTA, Y COMPLETAR EN TINTA SOLAMENTE.**

**USTED DEBE DE LLENAR LA FORMA DE SOLICITUD COMPLETAMENTE.** El negarse a contestar cualquier pregunta, o dejar cualquier espacio en blanco, o el marcar más cajas que las requeridas significa que usted no está siguiendo las instrucciones y lógicamente resultará en que no se le considerará para empleo.

**CUALQUIER DECLARACION FALSA O ENGAÑOSA** en la solicitud puede resultar en su descalificación del proceso de solicitud hoy y en el futuro, o terminación de empleo con American Foods Group en el evento de su empleo.

**SU SOLICITUD SE CONSIDERARA ACTIVA POR NO MAS DE 45 DIAS. USTED NO PODRA VOLVER A SOLICITAR EMPLEO HASTA DESPUES DE CIEN OCHENTA (180) DIAS DESPUES DE LA FECHA DE ESTA SOLICITUD** o tan pronto como las solicitudes sean aceptadas.

**REVISAREMOS SU SOLICITUD**, y basada en sus calificaciones y las necesidades actuales de la Compañía, nosotros decidiremos si se le hace una invitación para una entrevista. **Por favor de no contactar a la Compañía para revisar la condición de su Aplicación. Si usted no es contactado para una entrevista mientras su solicitud esta activa, la Compañía ha determinado que usted no será entrevistado en este momento.**

**AMERICAN FOODS GROUP ES UN EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EMPLEO Y DE ACCION AFIRMATIVA.** Nosotros consideramos a los solicitantes para todas las posiciones sin considerar raza, color, religión, credo, género, origen nacional, edad, incapacidad, estado marital o veterano, orientación sexual, o cualquier estado legal protegido.

Al completar esta forma de solicitud y firmándola al final, usted está certificando que todas las preguntas e información provista son verdadera y completas a lo mejor de su conocimiento. Usted también autoriza investigación de todas las declaraciones contenidas en la aplicación para empleo tal como sea necesario para llegar a una decisión de empleo. Usted está de acuerdo en liberar de toda responsabilidad, a toda persona, compañías, y corporaciones otorgando tal información. Usted también está de acuerdo en indemnizar a esta Compañía de cualquier responsabilidad que pueda resultar al hacer tal investigación. Adicionalmente, usted autoriza a la compañía a suplementar su registro de trabajo, en su total discreción, enteramente o en parte, a cualquier empleador prospectivo, agencia de gobierno, o cualquier otro partido, con el interés que la Compañía crea apropiado.

Se le notifica a usted y usted reconoce que, de lo contrario que lo defina la ley, cualquier relación que usted pueda tener con la Compañía en el futuro es de naturaleza "por voluntad", lo cual significa que usted el Empleado puede renunciar a su puesto en cualquier momento y el Empleador lo puede despedir en cualquier momento con causa o sin causa. Se comprende ampliamente que esta relación de empleo "por voluntad" no puede ser cambiada por ningún documento escrito o por conducta al menos que el cambio sea certificado por escrito por una autoridad ejecutiva de esta Compañía.

Se le notifica que la Compañía participa en E-Verify. Como tal la Compañía proveerá a la Administración del Seguro Social y si es necesario al Departamento de Homeland Security con información de la Forma I-9 de cada uno de los nuevos empleados para confirmar autorización de trabajo.

Se le notifica también que cualquier oferta de trabajo puede estar condicionada a una sesión completa de salud hecha por un Profesional de Salud seleccionado por la Compañía, en la habilidad de desarrollar las funciones esenciales del trabajo. En adición, usted comprende que un examen de drogas y/o alcohol, o revisión de su antecedente puede ser requerido.

**RETENGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA SUS ARCHIVOS**



FECHA DE SOLICITUD

\_\_\_\_\_

POSICION A LA QUE ESTA APLICANDO (MARQUE UNA):

- Producción
Mantenimiento/Electricista
Control De Calidad

Form with fields: Apellido Completo, Primer Nombre, Segundo Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Número de Telefono, Numero de Seguro Social, 2º Número de Telefono, Correo Electrónico

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE:

- 1. ¿Tiene usted 18 años de edad o más?
2. ¿Ha solicitado empleo aquí antes?
3. ¿Alguna vez ha sido usted empleado aquí o en cualquier otra planta de American Foods Group?
4. ¿Si usted fue recomendado por un empleado actual, quien es y donde trabaja?
5. ¿Si es empleado, puede usted proveer prueba de su derecho a trabajar legalmente en los Estados Unidos?
6. Puede trabajar de Lunes a Sabado regularmente si es necesario?
7. ¿Que turnos esta dispuesto a trabajar?
8. ¿Está disponible y es capaz de trabajar tiempo extra diariamente?
9. En los últimos cinco años, ha trabajado en una matanza de res inspeccionada por el USDA?

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY
Date Received \_\_\_\_\_
Received by Initials \_\_\_\_\_
FDAT \_\_\_\_\_
ULTI \_\_\_\_\_
AT \_\_\_\_\_
Entered in AT

## EDUCACIÓN (Debe ser completada o no será considerado/a para una entrevista)

	Nombre de Escuela	Locación de Escuela (Cuidad y Estado) o País	Información Adicional
Escuela Primaria			¿Que grado completó?
Escuela Secundaria			¿Se graduó usted o recibió unGED? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Instituto Universidad			Se graduó? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Titulo(s) recibidos:

### Experiencia de Trabajo

**Usted debe completar todos los espacios en blanco para cada trabajo. Un mínimo de cinco (5) años de historial de trabajo es requerido, a menos que usted estaba en la escuela en los pasados cinco años. Si usted estaba en un instituto educacional en los pasados cinco (5) años, indique la institución en el espacio del Empleador y las fechas de educación en el espacio de Fechas de Empleo.** Empiece con su trabajo actual o el más reciente. Incluya cualquier trabajo o firmas relacionadas al servicio militar y actividades voluntarias. Usted puede excluir organizaciones que indiquen raza, color, religión, género, origen nacional, incapacidades u otros estados protegidos. **Si usted necesita espacio adicional, por favor continúe en una hoja separada.**

1	Empleador	Fechas de Empleo (Mes/Año)		Lista todos los Trabajos Realizados	
	Número de Teléfono	De	Hasta		
	Dirección				
	Título de Ultimo Trabajo	Supervisor			
	Razón por la que dejó el trabajo			Pago por Hora/Salario	
		Al Empezar	Al Terminar		
2	Empleador	Fechas de Empleo (Mes/Año)		Lista todos los Trabajos Realizados	
	Número de Teléfono	De	Hasta		
	Dirección				
	Título de Ultimo Trabajo	Supervisor			
	Razón por la que dejó el trabajo			Pago por Hora/Salario	
		Al Empezar	Al Terminar		
3	Empleador	Fechas de Empleo (Mes/Año)		Lista todos los Trabajos Realizados	
	Número de Teléfono	De	Hasta		
	Dirección				
	Título de Ultimo Trabajo	Supervisor			
	Razón por la que dejó el trabajo			Pago por Hora/Salario	
		Al Empezar	Al Terminar		

**Por medio de mi firma abajo, yo certifico que toda la información provista por mí en esta Solicitud es verdadera y fué completada a lo mejor de mi conocimiento, y que lo he leído y estoy de acuerdo con los términos en Las Instrucciones al Solicitante dado con esta solicitud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha





## Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305  
Numero de Control OMB 1250-0005  
Vence el 31/1/2020  
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.<sup>1</sup> 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:

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

### **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 31/1/2020  
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.

---

<sup>1</sup>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 inglés) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. [www.dol.gov/ofccp](http://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.