

American Foods Group, LLC – PROCESO DE REQUISICION DE APLICACION ESTANDAR

APLICACION DE EMPLEO

INSTRUCCIONES– LEA CON CUIDADO ANTES DE COMPLETAR LA APLICACION

- **IMPRIMA Y COMPLETE CON TINTA SOLAMENTE**
- **DEBE DE COMPLETAR TODOS LOS DATOS DE ESTA APLICACION.** 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 DECLARACION FALSA O ENGAÑOSA** que se haga en esta aplicación puede resultar en una descalificación en su contra para este proceso de aplicación 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 APLICACION SE CONSIDERARÁ ACTIVA DURANTE 30 DIAS. NO SE PUEDE VOLVER A SOLICITAR EMPLEO DURANTE LOS SESENTA (60) DIAS POSTERIORES A LA FECHA DE ESTA APLICACIÓN** o pronto después ya que las aplicaciones están siendo aceptadas.
- **AFG REVISARÁ SU APLICACION**, 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 labores, 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 aplicación 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 aplicación 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 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 fue 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 a usted 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 a encomendar, 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 alcoholismo, o la verificación de antecedentes.



East River – APLICACION DE EMPLEO

Fecha de Aplicación _____

Postulación para la cual está aplicando _____

Si usted no está aplicando para una postulación específica, para que desea aplicar:

- Empaque Electricidad
 Trabajo de Línea Control de Calidad
 Mantenimiento Otro _____

Apellido Completo	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código
Número de Teléfono	Número de Seguro Social		
2ndo Número de Teléfono	Correo Electrónico		

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE:

- ¿Es usted mayor de 18 años? SI NO
- ¿Ha aplicado para un empleo aquí antes? SI NO Si es si, indique fecha(s) _____
- ¿Trabajó alguna vez en la Planta East River o alguna de las localidades de American Foods Group antes?
Si es si, ¿Donde? _____ ¿Cuándo? _____
- Si ha sido recomendado por un empleado de la compañía; ¿Quién es y dónde trabaja?
Nombre completo _____ Título de Trabajo _____ Dept. _____
- ¿Si se le contratará, puede presentar prueba de su derecho legal para trabajar en este país? SI NO
- ¿Puede trabajar de lunes a sábado? SI NO
- ¿Que turnos desea trabajar? 1ero 2ndo 3ero CUALQUIER TURNO
- ¿Está disponible para trabajar diario y semanalmente horas extras? SI NO
- ¿Que clase de trabajo desea hacer? _____

OFFICE USE ONLY		
Date Received _____	FDAT _____	<input type="checkbox"/> Entered in AT
Received by _____	ULTI _____	AT _____

Educación (Debe de completarse o no será considerado para una entrevista)

	Nombre de la Escuela	Localidad de Escuela (Ciudad y Estado) o Condado	Información Adicional
Grado de Escuela Primaria			¿Que grado completo?
Escuela Secundaria			¿Se graduó o recibió un GED? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Universidad/Técnica Vocacional			¿Se graduó? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

Experiencia de 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, indique la institución educativa en la casilla del Empleador y las fechas de estudio en la casilla 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 De – Para (MM/YY)	Enumera a continuación todos trabajos realizados	
	Número de Teléfono		Pago por Hora/Salario	
	Dirección			
	Título del último trabajo	Supervisor	Empezando	Final
Razón por la cual dejo el trabajo				
2	Empleador	Fechas de Empleo De – Para (MM/YY)	Enumera a continuación todos trabajos realizados	
	Número de Teléfono		Pago por Hora/Salario	
	Dirección			
	Título del último trabajo	Supervisor	Empezando	Final
Razón por la cual dejo el trabajo				
3	Empleador	Fechas de Empleo De – Para (MM/YY)	Enumera a continuación todos trabajos realizados	
	Número de Teléfono		Pago por Hora/Salario	
	Dirección			
	Título del último trabajo	Supervisor	Empezando	Final
Razón por la cual dejo el trabajo				

Con mi firma más abajo, certificó que toda la información provista por mí en la presente Aplicación de Empleo es a mi saber cierta y está completa, y que he leído y acepto todos los términos y condiciones enlistados en la *Instrucciones para el Apicante* provista a mí con la aplicación.

Firma del Apicante

Fecha



INVITACIÓN A LA LIBRE IDENTIFICACION DE CONDICION DE VETERANO PROTEGIDO

Green Bay Dressed Beef, LLC una compañía estadounidense de American Foods Group, LLC, es contratista del Gobierno Federal sujeto a la Sección 4212 de la Ley de Asistencia de Reajuste de los Veteranos de Vietnam de 1974, según enmendada ("Sección 4212"), que prohíbe la discriminación en contra, y requiere que los contratistas del Gobierno Federal tomen medidas de acción afirmativa para emplear y avanzar en el empleo: (1) los veteranos discapacitados; (2) los veteranos recientemente separados; (3) durante la guerra activa o insignia de campaña veteranos activos; y (4) los veteranos de la medalla de servicio de las Fuerzas Armadas (en conjunto, "los veteranos protegidos"). Además, se nos requiere anualmente informar a la Gobernación Federal el número de veteranos que contratamos y empleados que caen en uno o más de las Secciones 4212 anteriores de veteranos.

La siguiente invitación a condición de veterano protegido auto-identificación se realiza conforme a la Sección 4212. La divulgación de esta información es totalmente voluntaria y si se niega a proporcionarla no lo hará a usted sujeto a tratamiento desfavorable. La información será confidencial y sólo se utilizará de manera que sean consistentes con la Sección 4212.

Por favor, lea las siguientes definiciones con cuidado y luego indique si usted cree que alguna de las categorías se aplican a usted. Nota: Usted no tiene que indicar la categoría específica o categorías que correspondan.

Veteranos Discapacitados: (i) un veterano del ejército de Estados Unidos, tierra, naval o aérea que tenga derecho a una indemnización (o que pero para el recibo de pago de jubilación militar tendría derecho a compensación) bajo las leyes administradas por la Secretario de Asuntos de Veteranos ; o (ii) una persona que fue dado de baja del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

El veterano recientemente separado: cualquier veterano durante el período de tres años a partir de la fecha de aprobación de la gestión de tales veteranos o separación del servicio activo en los EE.UU. militar, tierra, o el servicio aéreo naval.

Fuerzas Armadas Medalla de Servicio Veterano: un veterano que, mientras estaba en servicio activo en los EE.UU. militar, tierra, naval o aérea, participó en una operación militar de Estados Unidos donde una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas fue concedida en virtud de la Orden Ejecutiva 12985.

Tiempo de Guerra en Servicio Activo o Insignia de Campaña Veterano: un veterano que sirvió en los EE.UU. 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.

"Período de la Guerra" es definido para estos fines por el Departamento de Trabajo como:

Junio 27, 1950 – Enero 31, 1955 (Conflicto Coreano);

Febrero 28, 1961 – Mayo 7, 1974 (para los veteranos al servicio de la República de Vietnam);

Agosto 5, 1964 – Mayo 7, 1975 (para el resto de los veteranos que sirvieron durante el conflicto de Vietnam); y

Agosto 2, 1990 – presente (Guerra del Golfo).

Si desea más información sobre campañas o expediciones para el cual una insignia de campaña haya sido autorizada, por favor visite: <http://www.opm.gov/policy-data-oversight/veterans-services/vet-guide/>.

- Sí, creo que una o más de las categorías anteriores se aplican a mí.
- No, no creo que una o más de las categorías anteriores se aplican a mí.
- Prefiero no contestar

Además de nuestra obligación bajo la Sección 4212, nuestra compañía valora todas las formas de servicio militar. Si usted no cumple con los criterios de una o más de las categorías de veteranos Sección 4212 descritas anteriormente, pero de otro modo gustaría revelar su condición de miembro de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, puede hacerlo a continuación. Proporcionar esta información es totalmente voluntaria.

- Estoy actualmente sirviendo o he servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (incluyendo la Reserva y la Guardia Nacional).

Nombre (Imprimir): _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Firma: _____

Fecha: _____

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
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.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 | • Autismo | • Trastorno bipolar | • Trastorno de estrés postraumático (TEPT) |
| Sordera | • Parálisis cerebral | • Depresión aguda | • Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Cáncer | • VIH/SIDA | • Esclerosis múltiple (EM) | • Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Diabetes | • Esquizofrenia | • Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades | • Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental) |
| Epilepsia | • 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.

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 inglés) 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.