

Aplicacion de Trabajo

Informacion Personal

Fecha: _____ No. Seguro Social: _____

Nombre Completo: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal Zip: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Posicion deseada: _____ Años de Experiencia: _____

Tienes otras habilidades?: _____

Pago por hora Requerido?: _____

Es usted mayor de 18 años? Si _____ No _____

Posee una Licencia de conducir Valida? Si _____ No _____

Informacion de Empleo

Cuando estaria disponible para comenzar a trabajar? _____

Como se entero de nuestra compañía? _____

Fue referido por algun empleado nuestro? _____

Tiene transporte disponible? Si _____ No _____

¿Está usted dispuesto a viajar? Si _____ No _____

Historial de Trabajo

Subir currículum aquí: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal Zip: _____

Telephono: _____ Ultimo Salario: _____

Nombre y Titulo del Supervisor: _____

Empleado Desde: _____ hasta _____

Funciones realizadas: _____

Razon por la que dejo el trabajo: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección de Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal Zip: _____

Telephono: _____ Ultimo Salario: _____

Nombre y Titulo del Supervisor: _____

Empleado Desde: _____ hasta _____

Funciones realizadas: _____

Razon por la que dejo el trabajo: _____

Historia de la Educación

Escuela secundaria: _____

Universidad: _____

Otros/ Technical: _____

Rama militar: _____ de _____ hasta _____

Cursos relevantes para el trabajo completados: _____

Equipamento que puede usar: _____

Habilidades adicionales o experiencia: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Telefono: _____ Parentezco: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Parentezco: _____

Referencias

Nombre: _____ Título: _____

Compañía: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Título: _____

Compañía: _____ Telefono: _____

Firma

Adviso: En consideración a mi empleo, acepto cumplir con las reglas y políticas de Naztec Staffing y acepto que mi empleo y mi compensación puedan terminarse, con o sin causa y con o sin aviso, en cualquier momento, a opción de Naztec Staffing, o yo mismo.

Los solicitantes calificados reciben la misma consideración. No se hacen preguntas con el fin de excluir a ningún solicitante por motivos de raza, credo, color, origen nacionalida, religión, edad, sexo o cualquier otra característica protegida por la ley. Naztec Staffing es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Su firma aquí: 1) autoriza a cualquier antiguo empleador, escuela u organización laboral a divulgar información sobre usted a Naztec, para su uso en la determinación de empleabilidad: 2) reconoce que la falsificación de cualquier información proporcionada para inducir a Naztec a contratarlo (o la exclusionde revelar información laboral pertinente) es causa de despido inmediato: 3)reconoce que cualquier puesto que se le ofrezca antes de completar nuestra investigación estácondicionado a los resultados de esa investigación, incluida la verificación del derecho legal a trabajaren los Estados Unidos: 4) reconoce su consentimiento para someterse a los exámenes médicosposteriores a la oferta que Naztec o cualquiera de sus clientes puedan requerir, quepueden incluir la obtención de muestras de tejido o fluidos corporales y su análisis: 5) reconoce queesta solicitud solo será reconocida o aceptada para no más de 21 días a partir de la fecha en que fuerecebido por Naztec.

SMS: Al proporcionar mi número de teléfono celular a Naztec Staffing, acepto y reconozco que Naztec puede enviar mensajes de texto a mi número de celular para cualquier propósito, incluyendo fines de marketing.

Firma: _____ Fecha: _____

Certificado de Retenciones del Empleado
Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.Entregue el Formulario W-4 a su empleador.
La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.

OMB No. 1545-0074

2025**Paso 1:****Anote Su Información Personal**

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado ☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos ☐ Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

CONSEJO: Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2:**Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan**

Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

- (a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o
- (b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa. ☐

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3:**Reclamación de Dependiente y Otros Créditos**

Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):

Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$

Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$

Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí **3** \$

Paso 4**(opcional):****Otros Ajustes**

- (a) **Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).** Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación **4(a)** \$
- (b) **Deducciones.** Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página 3 y anote el resultado aquí **4(b)** \$
- (c) **Retención adicional.** Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago **4(c)** \$

Paso 5:**Firme Aquí**

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).

Fecha

Para Uso Exclusivo del Empleador

Nombre y dirección del empleador

Primera fecha de empleo

Número de identificación del empleador (EIN)

Formulario De Inscripción De Depósito Directo

Nombre Del Empleado: _____

Por la presente autorizo a Naztec International Group LLC (dba Naztec Staffing), ya sea directamente o a través de su proveedor de servicios de nómina, a depositar cualquier monto que me adeuda, iniciando el depósito directo a mi cuenta en la institución financiera (en adelante "Banco") indicada en este formulario.

Además, autorizo a mi instituto financiero a aceptar y acreditar/debitar cualquier entrada indicada por Naztec International Group, ya sea directamente o a través de su proveedor de servicios de nómina, hacia o desde mi cuenta.

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Naztec International Group haya recibido una notificación por escrito de mi parte sobre su terminación.

Información De La Cuenta:

Asegúrese de indicar o marcar qué tipo de cuenta ☒.

Nombre del banco: _____

Ciudad/Estado: _____

Rutas/Tránsito: _____ Número de cuenta: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques (Checking) ☐ Cuenta de ahorros (Savings)

CHEQUE ANULADO Adjunto: ☐ Sí ☐ No

Firma del empleado: _____

Número de seguro social: _____ Fecha: _____

PLANILLA DE DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMES DEL CONSUMIDOR CON FINES DE EMPLEO

[IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN]

DIVULGACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES

Naztec International Group, LLC dba Naztec Staffing (COMPANY), puede obtener información sobre usted para fines de empleo de una agencia de información de terceros.

Por lo tanto, es posible que sea objeto de un «informe del consumidor» y/o una «investigación del consumidor» que puede incluir información acerca de su carácter, reputación general, características personales y/o modo de vida, y que puede incluir entrevistas personales con sus vecinos, amigos o asociados, entre otros. Estos informes pueden contener información relacionada con su historial de crédito, antecedentes penales, verificación de seguridad social, registros de vehículos automotores («registros de conducción»), verificación de su educación o historial de empleo, u otros controles de antecedentes. Sólo se pedirá su historial de crédito cuando tal información esté relacionada con las funciones y responsabilidades de la posición para la cual usted se está postulando. Usted tiene derecho, previa solicitud por escrito hecha dentro de un tiempo razonable después de la recepción de esta notificación, de solicitar la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor, así como una copia de cualquier informe sobre usted. Tenga en cuenta que la naturaleza y el alcance de la forma más común de los informes de investigación obtenidos con respecto a los solicitantes de empleo, es una investigación sobre su educación y/o historial de empleo llevada a cabo por One Source Technology, LLC, nombre comercial Asurint («Asurint»), PO Box 14730, Cleveland, OH, 44114, 1-800-906-2034.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Acuso recibo de la DIVULGACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES y del RESUMEN DE MIS DERECHOS BAJO LA LEY DE INFORMACIÓN CREDITICIA IMPARCIAL y certifico que he leído y entendido estos dos documentos. Por medio del presente autorizo a la obtención de los «informes del consumidor» y/o «informes de investigación del consumidor» por COMPANY en cualquier momento después de la recepción de esta autorización y durante mi empleo, si aplica, por One Source Technology, LLC, nombre comercial Asurint («Asurint»), PO Box 14730, Cleveland, OH, 44114, 1-800-906-2034, cualquier organización externa que actúe en nombre del COMPANY y/o por COMPANY sí mismo.

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Firma: _____ Fecha: _____

Información al consumidor

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Otros nombres/Alias _____

Nro. de Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nro. de licencia de conducir _____ Estado de la licencia de conducir _____

Dirección actual _____ Número de teléfono _____

Ciudad/Estado/Código postal _____



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

Section 1. Employee Information and Attestation: Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)		
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State	ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number	
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):					
		☐ 1. A citizen of the United States					
		☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)					
		☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)					
		☐ 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)					
		If you check Item Number 4. , enter one of these:					
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance	
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)		

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)		Additional Information			
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.			
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.					First Day of Employment (mm/dd/yyyy):
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name			Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code		

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.

SEGURO DE SALUD
DECLARACIÓN JURADA DE RENUNCIA
NAZTEC INTERNATIONAL GROUP

NOMBRE: (ESCRIBA CLARAMENTE) APELLIDO: _____ NOMBRE: _____	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN: _____ _____	CIUDAD: _____ ESTADO: CÓDIGO POSTAL: _____

(SELECCIONAR)

SÍ	NO	Yo soy un empleado de Naztec International Group
SÍ	NO	Entiendo que soy ELEGIBLE para los beneficios de seguro de salud que ofrece mi empleador una vez que complete un mínimo de 30-horas por semana y despues de haber completado mi período de espera de elegibilidad (90-días de empleo).
SÍ	NO	Entiendo que bajo una ley federal llamada <i>Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Ley de Asistencia Asequible)</i> mi empleador tiene la obligación de ofrecerme seguro de salud si cumplo con los requisitos de elegibilidad.
SÍ	NO	Me han explicado y entiendo perfectamente los beneficios de seguro de salud que ofrece Naztec International Group pero, he declinado la oportunidad de sentarme con un agente de seguros licenciado que podría responder cualquier pregunta que yo tuviera.
SÍ	NO	Entiendo que los planes de seguro médico y los beneficios ofrecidos por Naztec International Group son COMPLETOS, COMPRENSIVOS Y ASEQUIBLES de acuerdo con <u>las normas establecidas en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible</u> .
SÍ	NO	Al colocar mi firma abajo, estoy eligiendo RENUNCIAR o RECHAZAR voluntariamente todos los beneficios del seguro médico que ofrece Naztec International Group y entiendo que es mi responsabilidad bajo la Ley Federal de obtener cobertura de seguro de salud.
SÍ	NO	Al firmar este documento estoy eligiendo RENUNCIAR o RECHAZAR voluntariamente todos los beneficios del seguro médico que ofrece Naztec International Group. Entiendo que es mi responsabilidad bajo la Ley Federal de obtener cobertura de seguro de salud. O, Afirmo que tengo una cobertura de seguro de salud por mi cuenta o, estoy cubierto actualmente en otro lugar que cumple con la <i>Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible</i> .

Mi firma testifica que he leído y he comprendido este documento legal y vinculante. Mi firma significa que mi decisión de RENUNCIAR o RECHAZAR la cobertura la he hecho completamente por mi cuenta y con el conocimiento de que mi empleador me ha ofrecido cobertura de seguro de salud y que deseo RECHAZAR o RENUNCIAR a la cobertura de seguro de salud para el año del plan 2023-2024.

La información en este formulario es correcta y verdadera a mi saber y entender.

FIRMA:	FECHA: / /
--------	--------------------

DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN SOBRE REVISIÓN DE ANTECEDENTES CON FINES LABORALES

Divulgación

Naztec International Group LLC (la "Compañía") puede solicitarle a una agencia de informes, y con fines laborales, un "informe de consumidor" (que normalmente se conoce como "informe de antecedentes"), que incluye información sobre su persona relacionada con su empleo, o su aplicación de empleo, o su contratación de servicios (incluso en caso de contratistas independientes o asignaciones voluntarias, según corresponda).

HireRight, LLC ("HireRight") confeccionará o recopilará los informes de antecedentes para la Compañía. HireRight tiene domicilio y puede ser contactada en 100 Centerview Drive, Suite 300, Nashville, TN 37214, (800) 400-2761, www.hireright.com.

Los informes de antecedentes pueden contener información sobre su carácter, reputación, características personales, estilo de vida o situación financiera. Los datos que comprenden los informes de antecedentes incluyen, entre otros: antecedentes penales; antecedentes de acciones judiciales; registro automotor e historial de accidentes; verificación del número de seguro social; historial de domicilios y de alias; historial de crédito; verificación de estudios, antecedentes laborales y de ganancias; verificación de licencias, credenciales y certificaciones profesionales; resultados e historial de pruebas de consumo de drogas y alcohol; etc.

Autorización

Por el presente, autorizo a la Compañía a solicitar los informes de consumidor indicados previamente sobre mi persona.

Nombre completo del solicitante _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

OTRAS DIVULGACIONES, ACEPTACIONES Y AUTORIZACIONES SOBRE REVISIÓN DE ANTECEDENTES CON FINES LABORALES

Divulgación

Informe investigativo sobre el consumidor ("Investigative Consumer Report"):

Naztec International Group LLC (la "Compañía") puede solicitar un informe investigativo sobre el consumidor referido a su persona a HireRight, LLC ("HireRight"), una agencia de informes de consumidor, en relación con su empleo, o su aplicación de empleo, o su contratación de servicios (incluso en caso de contratistas independientes o asignaciones voluntarias, según corresponda). Un "informe investigativo sobre el consumidor" es un informe de antecedentes que incluye información obtenida en entrevistas personales (excepto en California, donde ese término incluye informes de antecedentes con o sin información obtenida en entrevistas personales), cuyo formato más común es la verificación de referencias personales o profesionales a través de entrevistas personales con fuentes, tales como sus anteriores empleadores y compañeros de trabajo, además de otras fuentes de información. El informe investigativo sobre el

consumidor puede contener información sobre su carácter, reputación, características personales, o estilo de vida. Usted puede solicitar más información sobre la naturaleza y el alcance de un informe investigativo sobre el consumidor, si lo hay, para lo cual deberá ponerse en contacto con la Compañía.

Autorización continua:

Si lo incorpora como empleado o contrata sus servicios, la Compañía puede solicitar otros informes de consumidor e informes investigativos sobre el consumidor acerca de su persona sin volver a pedirle autorización, durante todo el tiempo en que permanezca empleado o mientras el contrato se encuentre vigente, según lo permitido por la ley.

Notificaciones Complementarias sobre las Leyes de los Estados:

Le pedimos que lea las “Notificaciones Complementarias sobre las Leyes de los Estados” para California, Massachusetts, Minnesota, Nueva Jersey, Nueva York y Washington que se incluyen a continuación, según sea aplicable. En forma separada, le entregaremos información y un resumen de los derechos que le otorga el artículo 1786.22 del Código Civil de California y una copia del artículo 23-A de Nueva York.

Resumen de sus Derechos Establecidos Conforme a la Ley de Información Crediticia Justa (Summary of Rights under the Fair Credit Reporting Act):

Por separado, le entregaremos un resumen de sus derechos establecidos conforme a la Ley de Información Crediticia Justa (Fair Credit Reporting Act).

Notificación Oficial de la Ordenanza sobre Igualdad de Oportunidades de San Francisco:

Por separado, le entregaremos una copia de la Notificación Oficial de la Ordenanza sobre Igualdad de Oportunidades de San Francisco.

Política de Privacidad de HireRight:

Puede consultar las prácticas de privacidad de HireRight en www.hireright.com/Privacy-Policy.aspx.

Aceptación y Autorización

Acepto que recibí, leí atentamente y comprendo la “Divulgación y Autorización sobre Revisión de Antecedentes con Fines Laborales” y el “Resumen de Derechos Establecidos Conforme a la Ley de Información Crediticia Justa”, que en ambos casos la Compañía me entregó por separado. También acuso recibo (según sea aplicable) de la información y un resumen de los derechos conferidos por el artículo 1786.22 del Código Civil de California, una copia del artículo 23-A de Nueva York y la Notificación Oficial de la Ordenanza sobre Igualdad de Oportunidades de San Francisco, que se me entregó por separado, los cuales leí y comprendo.

Con mi firma al pie, autorizo a que HireRight confeccione informes de antecedentes sobre mi persona, incluso aquellos que son “informes investigativos sobre el consumidor”, y a que dichos informes se entreguen a la Compañía, como así también a sus representantes y agentes designados, a los fines de que la Compañía pueda determinar mi elegibilidad para el empleo o la contratación de servicios (incluso los casos de contratistas independientes o asignaciones voluntarias, según corresponda), ascensos, retención o para otros fines de empleo lícitos. Entiendo que si la Compañía me incorpora como empleado o contrata mis servicios, mi consentimiento se aplicará a informes de antecedentes complementarios sobre mi persona, y la Compañía puede solicitarlos a HireRight (o a otra agencia de informes sobre consumidores), sin volver a pedir mi autorización, durante todo el tiempo que sea empleado o mientras el contrato esté vigente, siempre dentro de lo permitido por la ley.

Acepto que si la Compañía solicita un informe crediticio sobre mi persona, se limitará a la información que esté directamente relacionada con las tareas y las responsabilidades del cargo para la cual se me contrata o para la cual me están evaluando.

Acepto que la información incluida en mi aplicación de empleo (o contratista/voluntario) o que yo dé a conocer antes o durante mi permanencia en el empleo (o contrato/asignación voluntaria), si lo hay, puede ser utilizada a los fines de obtener y evaluar informes de antecedentes sobre mi persona. También entiendo que ninguna de las declaraciones de este documento será interpretada como una oferta de empleo o contratación de servicios.

Acepto que la información incluida en los informes de antecedentes puede solicitarse a fuentes privadas y públicas, incluidas, entre otras: entidades gubernamentales y tribunales, instituciones educativas y empleadores. En tal sentido, por el presente, autorizo a las siguientes entidades, a revelar información sobre mi persona a la agencia de informes de consumidor y sus agentes: organismos encargados del cumplimiento de las leyes y todos los tribunales y organismos gubernamentales federales, de los estados y locales; instituciones educativas (públicas o privadas); entidades encargadas de realizar pruebas; agencias de servicios de información; agencias de crédito y otras agencias de informes de los consumidores; otros receptores de registros/datos públicos y privados; agencias de registro automotor; mis empleadores; las fuerzas armadas; y todas las demás personas y fuentes que cuenten con alguna información sobre mi persona. La información que se puede revelar a la agencia de informes de consumidor y sus agentes incluye, entre otros, datos sobre mis: antecedentes laborales y de ganancias; estudios, historial de crédito, historial de vehículos y de accidentes; resultados e historial de las pruebas de consumo de drogas y alcohol; antecedentes penales; antecedentes de acciones judiciales; servicio militar; verificación de licencias, credenciales y certificaciones profesionales; verificación del número de seguro social; historial de domicilios y de alias; etc.

Con mi firma al pie, también declaro que la información personal que proporciono en este formulario, o de otra manera, en relación con la revisión de antecedentes es verdadera, exacta y completa, y entiendo que la falsedad u omisión grave puede descalificar mi postulación para el empleo. Acepto que una copia de este documento en forma de fax, fotocopia o archivo electrónico (incluso con firma electrónica) tendrá la validez de un original firmado. Del mismo modo, acepto que recibí, leí y analicé las notificaciones complementarias sobre las leyes de los estados.

Notificaciones Complementarias sobre las Leyes de los Estados

Le rogamos que también tenga en cuenta lo siguiente:

CALIFORNIA: Según lo establecido por el artículo 1786.22 del Código Civil de California, puede ver el expediente sobre su persona que está en poder de la agencia de informes de consumidor durante el horario laboral habitual. También puede solicitar una copia de este expediente, siempre que presente su identificación y pague los gastos de las copias pertinentes. Para ello deberá presentarse personalmente en las oficinas de la agencia de informes del consumidor, durante el horario laboral habitual y con la debida notificación, o bien puede hacerlo por correo certificado. Asimismo, puede recibir un resumen del expediente por teléfono, para lo cual deberá presentar la identificación correspondiente y solicitarlo por escrito. La agencia de informes de consumidor cuenta con personal idóneo para explicarle el contenido de su expediente, incluso la información codificada, y le suministrará una explicación escrita de la información codificada incluida en el expediente. Si se presenta personalmente, puede estar acompañado de otra persona, siempre que ambos presenten la debida identificación. La “debida identificación” incluye documentos tales como licencia de conducir vigente, número de cuenta del seguro social, tarjeta de identificación militar y tarjetas de crédito. Si no puede identificarse con ninguno de estos documentos, la agencia de informes de consumidor puede solicitar información adicional sobre su empleo y antecedentes personales/familiares para verificar su identidad.

HireRight, LLC (“HireRight”) confeccionará los informes de antecedentes para la Compañía. HireRight tiene domicilio y puede ser contactada en 100 Centerview Drive, Suite 300, Nashville, TN 37214, (800) 400-2761. Puede consultar las prácticas de privacidad de HireRight en www.hireright.com/Privacy-Policy.aspx.

A continuación, se incluye más información específica de California.

MASSACHUSETTS: Cuando así lo solicite a la Compañía, usted tiene el derecho de saber si la Compañía ha solicitado un informe investigativo sobre el consumidor acerca de su persona y, cuando medie solicitud por escrito a la Compañía, tiene el derecho de recibir una copia. También tiene el derecho de solicitarle a la agencia de informes de consumidor (por ejemplo, HireRight) una copia de dicho informe.

MINNESOTA: En la mayoría de las circunstancias, tiene derecho a solicitar por escrito a la agencia de informes de consumidor (por ejemplo, HireRight) una explicación completa y precisa de la naturaleza y el alcance de los informes de consumidor que la Compañía haya solicitado sobre usted. La agencia de informes de consumidor debe suministrarle esta explicación dentro de los cinco días de la fecha posterior entre (i) la fecha de recepción de su pedido y (ii) la fecha en que la Compañía solicitó el informe.

NUEVA JERSEY: En la mayoría de las circunstancias, tiene derecho a solicitar a la agencia de informes de consumidor (por ejemplo, HireRight) una copia del informe de consumidor que la Compañía haya solicitado sobre usted.

NUEVA YORK: Cuando así lo solicite por escrito a la Compañía, usted tiene el derecho de saber si la Compañía ha solicitado un informe de consumidor o un informe investigativo sobre el consumidor acerca de su persona. Previamente se indicaron el domicilio y el número telefónico de HireRight, la agencia de informes de consumidor contratada por la Compañía. Puede revisar y recibir una copia de dicho informe, para lo cual debe ponerse en contacto con la agencia de informes de consumidor. A continuación, también se incluye una copia del artículo 23-A de la Ley de Corrección de Nueva York.

ESTADO DE WASHINGTON: Si la Compañía solicita un informe investigativo sobre el consumidor, usted tiene el derecho, mediante solicitud escrita presentada a la Compañía dentro de un plazo razonable después de haber recibido esta información, a solicitarle una explicación completa y fiel de la naturaleza y el alcance de la investigación solicitada por la Compañía. Tiene derecho a recibir esta explicación dentro de los cinco días de la fecha posterior entre la fecha de recepción de su pedido y la fecha en que la Compañía solicita el informe. También tiene derecho a solicitar un resumen escrito de sus derechos y recursos en virtud de la Ley de Información Crediticia Justa de Washington.

Nombre completo del solicitante _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____