





**Certificados de Seguridad/Entrenamiento / (señale lo aplicable):**

Confined Space	<input type="checkbox"/>	Competent Person	<input type="checkbox"/>	Excavation and Trenching	<input type="checkbox"/>
OSHA 30 HR Class	<input type="checkbox"/>	First Aid	<input type="checkbox"/>	Laser Safety	<input type="checkbox"/>
Lock Out / Tag Out	<input type="checkbox"/>	Traffic Control	<input type="checkbox"/>	Hazardous Comm.	<input type="checkbox"/>

Escriba cualquier curso y entrenamiento obtenido fuera de lo escrito en esta application:

---



---

**Habilidades de Oficina (señale lo aplicable)**

Accounting	<input type="checkbox"/>	Accounts Payable	<input type="checkbox"/>	Accounts Receivable	<input type="checkbox"/>
Clerk Typist	<input type="checkbox"/>	Payroll	<input type="checkbox"/>	Receptionist	<input type="checkbox"/>
MS Excel	<input type="checkbox"/>	MS Word	<input type="checkbox"/>	Lotus Notes	<input type="checkbox"/>
Fore Front	<input type="checkbox"/>	MS PowerPoint	<input type="checkbox"/>	10-key by Touch	<input type="checkbox"/>

Por favor escriba otras experiencias y equipos que pueda usar en relacion a la posición aplicada:

---



---

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGURO SOCIAL #
----------	---------------	-----------------



**Historia de Empleo**

Complete por favor la información de la historia del trabajo abajo. Usted puede conectar un reasume si disponible. Si necesario, utiliza una aplicación adicional para completar su historia del empleo. Justifique todo tiempo desde que salio de la Preparatoria, o los últimos siete años. Incluya el Servicio Militar y todos períodos de exceder de desempleo 30 días. **Empiece con muy reciente.**

¿Podemos contactar nosotros a su empleador presente?  Sí  No

El Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_ a \_\_\_\_ Salario inicial \_\_\_\_\_ Salario Final \_\_\_\_\_

\_\_ Tiempo Repleto \_\_ Tiempo Parcial Título \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor \_\_\_\_\_

Describe responsabilidades del trabajo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Salir \_\_\_\_\_

El Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Indica \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_ a \_\_\_\_ Salario inicial \_\_\_\_\_ Salario Final \_\_\_\_\_

\_\_ Tiempo Repleto \_\_ Tiempo Parcial Título \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor \_\_\_\_\_

Describe responsabilidades del trabajo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Salir \_\_\_\_\_

El Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Indica \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_ a \_\_\_\_ Salario inicial \_\_\_\_\_ Salario Final \_\_\_\_\_

\_\_ Tiempo Repleto \_\_ Tiempo Parcial Título \_\_\_\_\_ Nombre de Supervisor \_\_\_\_\_

Describe responsabilidades del trabajo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón de Salir \_\_\_\_\_

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGURO SOCIAL #
----------	---------------	-----------------



**Información General**

Esta Ud. legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? Sí  No   
Es Ud. menor de 18 años? Sí  No

Tiene Ud. alguna razón por cual no puede hacer las funciones esenciales de trabajo que esta aplicando con o sin ayuda para resolver sensatamente los problemas? Sí  No

Alguna vez Ud. ha sido culpado por algún delito? Sí  No   
Si contesta Sí, por favor diga cuando y de la fecha \_\_\_\_\_  
(Un récord de falta no necesariamente eliminara su candidatura para el empleo.)

Alguna vez ha **aplicado** para trabajar en Tri Dal, LLC o como subsidiario?  No   
Sí Si contesta Sí, díganos cuando?: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha **sido empleado** de Tri Dal, LLC o como subsidiario?  No   
Sí Si contesta Sí, díganos cuando?: \_\_\_\_\_

**Personas que Podemos Notificar en Caso de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Declaraciones y Reconocimientos**

**Por Favor Lea Cuidadosamente Antes de Dar Su Autorización**

Yo, entiendo que cualquier declaración falsa e incompleta, o en cualquier otro formulario que yo haya llenado, seria suficiente para mi despido del trabajo cuando sea descubierto.

Yo, entiendo que si acepto una posición con Tri Da, LLC o en cualquiera de los afiliados, mi empleo será gobernado por tras las reglas o normas de las operaciones de Tri Dal, LLC y de los afiliados para la fecha en que empiece mi trabajo. En efecto, Yo entiendo que las pólizas (normas reglas) y procedimientos pueden cambiar periódicamente y la Compañía me comunicara todos los cambios.

Yo, declaro y autorizo verificación de todo lo que contiene esta declaración por medio de esta aplicación respecto a mi calificación y capacidad dando la libertad para que retenga Tri Dal, LLC y cualquiera de los empleados y anteriores Patrones, no se responsabilizan por danos que se desarrollan de la revelación de la información concerniente de mi historia de pasado empleo. Una copia de esta autorización tiene el mismo valor legal como la original para el propósito requerido de ser libres de toda responsabilidad.

Yo entiendo que después de la oferta de condicional empleo, me pueden pedir el examen medico. También entiendo que en las áreas de trabajo de Tri Dal, LLC no es permitido el uso del alcohol y drogas así como también estoy expuesto a un programa de exámenes del uso de la droga y el alcohol de acuerdo con la Ley Federal y del Estado local. Si me ofrecen un trabajo condicional, entiendo que el pre-trabajo, el examen del uso la droga y del alcohol es positivo, el empleo de las condiciones requeridos: como drogas y alcohol free en el sitio o áreas de trabajo. Entiendo que todos los empleados de Tri Dal, LLC se someten bajo la póliza de Ley Estatal local y Federal pueden ser sometidos a un examen de orina, de respiración y de sangre y otros exámenes de reconocimientos médicos para detectar la presencia del alcohol y controlar las drogas. Si soy empleado, entiendo que haciendo el examen de droga y alcohol, es una condición de continuidad del empleo, estoy de acuerdo en los exámenes consistentes de Tri Dal, LLC. Pólizas que son aplicables por la Ley Federal y del Estado local.

Entiendo que esta aplicación no es contrato de empleo. Yo entiendo que si recibo una oferta de empleo, seria una condicional Oferta de Empleo; mental y físicamente el empleado debe mostrar que puede cumplir con los requisitos del trabajo, la cual puede incluir un examen medico.

Yo, entenderé que la Compañía tiene todo el derecho de decidir la terminación de mi trabajo así como también yo puedo dejar el trabajo cuando yo lo desee. Yo entiendo y estoy de acuerdo que ninguna otra persona de la Compañía tiene el derecho de entrar en el Contrato de empleados po ningún periodo de tiempo especifico o para hacer cualquier cambio en la cual esta listo. Los acuerdos del Presidente deben ser escritos y con testigos, por un oficial de la Compañía.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGURO SOCIAL #
----------	---------------	-----------------



**APLICACION CORRIENTE o REGULAR de INFORMACIÓN**

Tri Dal, LLC, da la misma oportunidad a todos los empleados no hay discriminación en cuanto raza, color, religión sexo, nacionalidad, origen, edad, incapacidad mental or física, o condición de veterano. No se requirer (no es obligatorio) que llene la aplicación adjunta. La información no será considerada para los efectos del proceso de empleo.

La información que se requiere es solamente para los archivos de la Compañía de Tri Dal, LLC (Affirmative Action Plan) Plan de Acción Afirmativa. Esta información se mantendrá separada y confidencialmente en archivos y su uso será limitado permitido po le Ley.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Residencia, Código Postal #: \_\_\_\_\_

Sexo:	Masculino	Femenino		
Raza un				
Origen Nacional:	Caucasiano	Africano Americano	Asiático	
	Hispano	Asiático o Islas de Pacifico	*Otros	

\*Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Edad:	Menor de 20	20-29	30-39	40-49	50-59
	60-70	Mayor de 70			

La siguiente información es opcional (que no es obligatoria) y será usada para cumplir con las Leyes y regulaciones pertenecientes a empleados veteranos deshabilitados o incapacitados.

Es Ud. Un Veterano?	Sí	No
Es Ud. Un Veterano de Vietnam?	Sí	No
Ud. Tiene física e incapacidad Mental?	Sí	No

Ud. Tiene habilidades o entrenamiento para la construcción y como agente de Seguridad? No  Sí  Si contesta Sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

Ud. Puede con ayuda o sin ayuda actuar sensatamente para resolver los problemas presentados en el trabajo, por la cual Ud. esta aplicando? No  Sí  diga las razones: \_\_\_\_\_

Ha sido arrestado alguna vez relacionado con dragas y crímenes? No  Sí

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGURO SOCIAL #
----------	---------------	-----------------



Form #	19	Approved	07-21-2005
--------	----	----------	------------

Fair Credit Reporting Act Disclosure Statement

**TRI DAL, LLC.**

**FAIR CREDIT REPORTING ACT DISCLOSURE STATEMENT**

In accordance with the provisions of Section 604(b)(2)(A) of the Fair Credit Reporting Act, Public Law 91-508, as amended by the Consumer Credit Reporting Act of 1996 (Title II, Subtitle D, Chapter I, of Public Law 104-208), you are being informed that reports verifying your previous employment, previous drug and alcohol test results, and your driving record may be obtained on you for employment purposes. *These reports are required by § 382.413, 391.23, and 391.25 of the Federal Motor Carrier Safety Regulations.*

**DISCLOSURE TO EMPLOYMENT APPLICANT  
REGARDING PROCUREMENT OF A CONSUMER REPORT**

In the event the information from the report is utilized in whole or in part in making an adverse decision with regard to your potential employment, before making an adverse decision, we will provide you with a copy of the consumer report and a description in writing of your rights under the federal Fair Credit Reporting Act.

The Fair Credit Reporting Act gives you specific rights in dealing with consumer reporting agencies. A summary of these rights is included together with this document.

**DESCUBRIMIENTO AI SOLICITANTE del EMPLEO  
CON RESPECTO A la PROCURACIÓN DE UN INFORME del CONSUMIDOR**

En relación con su aplicación para el empleo, nosotros podemos procurar un informe del consumidor en usted como parte del proceso de considerar su candidatura como un empleado. En el evento se utiliza la información del informe en todo o en parte tomando una decisión adversa con respecto a su empleo potencial, antes de tomar una decisión adversa, nosotros le proporcionaremos por escrito una copia del informe del consumidor y una descripción de sus derechos bajo el Crédito Justo federal que Informa Acto.

El Crédito Justo que Informa Acto le da derechos específicos tratando con consumidor que informa agencias. Usted se dará un resumen de estos derechos junto con este documento.

\_\_\_\_\_  
Applicant's signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print name

\_\_\_\_\_  
Social Security Number

Note: Include [FCRA Summary-English](#) with this notice.

## **Un Resumen de Sus Derechos en Virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito**

La Ley Federal de Informe Justo de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*, FCRA) fomenta la exactitud, justicia y privacidad de la información en los expedientes de las agencias de informe del consumidor. Existen muchos tipos de agencias de informe del consumidor, incluyendo las agencias de crédito (credit bureaus) y las especializadas (como agencias que venden información sobre historial de firma de cheques, expedientes médicos e historial de alquiler). A continuación tiene un breve resumen de sus principales derechos en virtud de la FCRA. **Para más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm) o escriba a: Consumer Response Center, Room 130-A, Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20580.**

- **Deben notificarle si la información en su expediente se ha utilizado en contra de usted.** Todo aquel que utilice un informe de crédito u otro tipo de informe de consumidor para denegar su solicitud de crédito, seguro o empleo, o para emprender otra acción contra usted, debe informarle y debe darle el nombre, la dirección y el teléfono de la agencia que proporcionó esa información.
- **Tiene derecho a saber lo que está en su expediente.** Puede solicitar y obtener toda la información sobre usted en los archivos de una agencia de informe del consumidor. Deberá proporcionar identificación, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación de esta información será gratuita. Tiene derecho a una divulgación gratuita si:
  - una persona ha emprendido una acción adversa contra usted debido a información en su informe de crédito;
  - usted es víctima de un robo de identidad y se coloca una alerta de fraude en su expediente;
  - su expediente contiene información no exacta como resultado de fraude;
  - usted recibe asistencia pública;
  - no está empleado pero anticipa solicitar empleo en 60 días.Asimismo, para septiembre de 2005, todos los consumidores tendrán derecho a una divulgación cada 12 meses si así lo solicitan a cada agencia de crédito nacional y de las agencias nacionales de informe del consumidor especializadas. Para información adicional, visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm).
- **Tiene derecho a pedir su puntuación de crédito.** Las puntuaciones de crédito son resúmenes numéricos de su valía de crédito basados en información de las agencias de crédito. Puede solicitar una puntuación de crédito de agencias de informe del consumidor que crean puntuaciones o distribuyen las puntuaciones utilizadas en préstamos de bienes raíces residenciales, pero tendrá que pagar para recibirla. En algunas transacciones hipotecarias, el prestamista le dará gratuitamente información sobre su puntuación de crédito.

- **Tiene derecho a confrontar información incompleta o no exacta.** Si identifica información en su expediente que es incompleta o inexacta, y la reporta a la agencia de informe del consumidor, la agencia debe investigar a menos que su confrontación sea frívola. Visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm) para una explicación de los procedimientos de confrontación.
- **Las agencias de informe del consumidor deben corregir o eliminar información inexacta,** incompleta o no verificable. La información no exacta, incompleta o no verificable debe ser retirada o corregida, generalmente dentro de 30 días. No obstante, una agencia de informe del consumidor puede seguir reportando información si ha verificado su exactitud.
- **Las agencias de informe del consumidor no pueden reportar información negativa atrasada.** En la mayoría de los casos, una agencia de informe del consumidor puede no reportar información negativa ocurrida hace más de siete años, ni quiebras ocurridas hace más de 10 años.
- **El acceso a su expediente es limitado.** Una agencia de informe del consumidor puede proporcionar información sobre usted solamente a personas que realmente la necesiten - generalmente para considerar una solicitud con un acreedor, asegurador, empleador, propietario de vivienda u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son las personas que tienen una necesidad válida de acceso.
- **Debe otorgar su consentimiento para que se envíen sus informes a empleadores.** Una agencia de informe del consumidor no puede dar información sobre usted a su empleador, o a un posible empleador, sin su consentimiento escrito previo otorgado al empleador. El consentimiento escrito generalmente no es requerido en la industria de camiones. Para más información visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm).
- **Puede limitar las ofertas “preevaluadas” de crédito y seguro que obtiene basadas en información en su informe de crédito.** Las ofertas “preevaluadas” de crédito y seguro deben incluir un número de teléfono sin cargo al que puede llamar si desea eliminar su nombre y dirección de las listas en las que se basan estas ofertas. Puede optar por no figurar en las listas de las agencias de crédito llamando al 1-888-5-OPTOUT (1-888-567-8888).
- **Puede obtener compensación de los acreedores.** Si una agencia de informe del consumidor, o en algunos casos, un usuario de informes de consumidor o proveedor de información a una agencia de informe del consumidor infringe la FCRA, usted puede presentar un pleito en un tribunal estatal o federal.
- **Las víctimas de robo de identidad y el personal militar en activo tienen derechos adicionales.** Para más información, visite [www.ftc.gov/credit/espanol\\_loans.htm](http://www.ftc.gov/credit/espanol_loans.htm).



**Los estados tienen autoridad para hacer cumplir la FCRA, y muchos estados tienen su propia legislación de informe del consumidor. En algunos casos, usted puede tener más derechos en virtud de la ley estatal. Comuníquese con su agencia de protección estatal o local del consumidor o su Fiscal general estatal. Las agencias a nivel federal son:**

<b>TIPO DE NEGOCIO:</b>	<b>CONTACTAR:</b>
Agencias de informe del consumidor, acreedores y otros no mencionados abajo	Federal Trade Commission: Consumer Response Center - FCRA Washington, DC 20580 877-382-4357
Bancos nacionales, sucursales/agencias federales de bancos extranjeros (con la palabra "National" o las iniciales "N.A." en o después del nombre del banco)	Office of the Comptroller of the Currency Compliance Management, Mail Stop 6-6 Washington, DC 20219 800-613-6743
Bancos que pertenecen al Sistema de la Reserva Federal (salvo bancos nacionales, y sucursales/agencias federales de bancos extranjeros)	Federal Reserve Board Division of Consumer & Community Affairs Washington, DC 20551 202-452-3693
Asociaciones de ahorros y cajas de ahorros con acreditación federal (con la palabra "Federal" o las iniciales "F.S.B." en el nombre de la institución federal)	Office of Thrift Supervision Consumer Programs Washington, DC 20552 800-842-6929
Bancos de crédito federales (con las palabras "Federal Credit Union" en el nombre de la institución)	National Credit Union Administration 1775 Duke Street Alexandria, VA 22314 703-518-6360
Bancos acreditados a nivel estatal que no son miembros del Sistema de la Reserva Federal	Federal Deposit Insurance Corporation Division of Compliance & Consumer Affairs Washington, DC 20429 800-934-FDIC
Transportadores por aire, superficie o ferrocarril regulados por la antigua Junta de Aeronáutica Civil o por la Comisión Interestatal de Comercio	Department of Transportation Office of Financial Management Washington, DC 20590 202-366-1306
Actividades sujetas a la Ley de Empacadores y Estibadores de 1921	Department of Agriculture Office of Deputy Administrator - GIPSA Washington, DC 20250 202-720-7051



Policy

### Release of Liability - Equipment Testing - SPA

SOP #	426	Revision#	1
Effective Date:	04-27-2006		
Prepared by:	Ariza, Gil		
Approved by:	Strube, Jack		

#### ACUERDO DE RENUNSAMIENTO DE OBLIGACION

Para demostrar las siguientes:

Maquinaria (Marque todas las que aplican):

Backhoe	<input type="checkbox"/>	Dozer	<input type="checkbox"/>	Mixer	<input type="checkbox"/>
Motorgrader	<input type="checkbox"/>	Ride On Compactor	<input type="checkbox"/>	Rubber Tire Loader	<input type="checkbox"/>
Scraper	<input type="checkbox"/>	Skid Steer	<input type="checkbox"/>	Sweeper	<input type="checkbox"/>
Track Loader	<input type="checkbox"/>	Trackhoe	<input type="checkbox"/>	Trencher	<input type="checkbox"/>
Walk Behind Compactor	<input type="checkbox"/>	Survey Total Station	<input type="checkbox"/>	Survey G.P.S.	<input type="checkbox"/>
Survey Robot Total Station	<input type="checkbox"/>	Survey Auto Level	<input type="checkbox"/>		

Yo entiendo que tengo que tener mas de 18 años de edad para operar la maquinarias que voy a demostrar como requisito de empleo con Tri Dal, LLC. Y sus afiliados.

Yo entiendo y se que el operar maquinaria de construccion es una actividad PELIGROSA y hay riesgo de lecionar partes de mi cuerpo. Apesar del riesgo, YO POR LA PRESENTE, Y POR ESTE MEDIO ESTOY DE ACUERDO LIBREMENTE Y EXPRESADAMENTE ASUMO y acepto cualquier y TODO EL RIESGO de lecciones o muerte que pueden resultar al usar la maquinaria.

Al alcance maximo y permitido por ley, YO ESTOY DE ACUERDO DE LIBRAR A TRI DAL, LLC. AFILIADOS, y sus agentes, oficiales, empleados, socios, sucesores y asignados, los fabricantes, importadores y distribuidores de maquinaria DE CUALQUIER Y TODA SUJECION y responsabilidad por lecciones o daños resultados al usar esta maquinaria o a cualquier otra persona. Tambien, YO ESTOY DE ACUERDO DE RENUNCIAR, TENER SIN DAÑO Y INDEMNIZAR A TRI DAL, LLC. y AFILIADOS de toda y cualquier obligacion por lecciones o daños, sea por NEGLIGENCIA o por otra causa con respecto al rendimiento o el uso del equipo el cual estoy demostrando.

Este documento es un contrato legal que anula otros acuerdos o representaciones de o entre grupos y tiene la intencion de proporcionar todo descargo de riesgo, pero no tiene la intencion de asertar cualquier reclamo de defensa que son prohibidos por ley. Yo entiendo y estoy de acuerdo que esta concordancia sera interpretada segun de acuerdo con todas las leyes. Si cualquier porcion de este acuerdo no es forsable, lo restante tendra efecto y fuerza total. Yo entiendo que esto me compromete a mi y a mis herederos legalmente.

Yo entiendo que esta maquinaria es sujeto a todas las leyes de trafico y que muchos estados y localidades tienen leyes adicionales, que pueden aplicar especificamente a esta maquinaria.

ESTO ES UN RENUNSAMIENTO DE OBLIGACIÓN. YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DE LA SUPOCICION DE RIESGO, INDEMNIZACIÓN Y LIBRACION DE RESPONSABILIDAD.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, YO CONFIRMO QUE YO ENTIENDO ESTE ACUERDO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA