



Sitio:

Fecha de Hoy: <input type="text"/>		CA-General SOLICITUD DE EMPLEO A VOLUNTAD	
SOLICITANTE (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (INICIAL) _____			
DOMICILIO (CALLE) _____ (CIUDAD) _____ (CÓDIGO POSTAL) _____			
NÚMERO DE TELÉFONO () -	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO () -	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR O MENSAJE () -	
POSICIÓN POR LA CUAL ESTÁ APLICANDO/ NÚMERO DE LA POSICIÓN _____		FECHA DISPONIBLE PARA TRABAJAR _____	
¿CÓMO SE ENTERÓ DE ESTA POSICIÓN? _____		TURNO(S) DISPONIBLE <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de Semana	
¿HA ESTADO EMPLEADO CON NOSOTROS ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo? _____	SALARIO DE COMIENZO ESPERADO \$ _____	PREFERENCIA DE TRABAJO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporal	
¿Está actualmente empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Podemos contactar a su patrón actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene por lo menos 18 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si no, su empleo está sujeto a la edad legal mínima)</i>			
¿Está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Está obligado a comprobar el derecho de trabajar en los Estados Unidos.)</i>			
¿Tiene derecho de recibir los permisos requeridos por la ley? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha sido despedido, o se la ha pedido renunciar a un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí," por favor explique _____			
¿Ha sido condenado de algún delito o mala conducta? <i>(Una condena no necesariamente le impide conseguir empleo.)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí," por favor indique la fecha y la naturaleza de cada uno de los delitos. _____			
¿Está usted capaz de cumplir con las responsabilidades esenciales del trabajo por el cual está aplicando con o sin adaptaciones o arreglos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "No," describe las tareas que no puede desempeñar _____			

Educación

	Nombre & Sitio de la Escuela	Años Terminados	¿Se graduó?	Título Logrado
SECUNDARIA	_____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
VOCACIONAL	_____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
UNIVERSIDAD	_____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
OTRA	_____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Destrezas Relacionadas con el Trabajo

Por favor conteste lo siguiente si la posición por la cual está aplicando incluye estas destrezas.

Mecanografía _____ ppm Teclado numérico: Por tacto Por vista

Computadora personal y software: _____

Procesador de palabras Otras destrezas de computación: _____

Contabilidad _____

Idiomas extranjeras: Indique cuáles puede hablar, leer y/o escribir _____

Indique cualquier otras destrezas que usted tiene relacionadas con la posición que usted está solicitando: _____

CONSIDERAMOS TODAS LAS SOLICITUDES SIN DISCRIMINAR EN BASE A RAZA, COLOR, RELIGIÓN, SEXO, ORIGEN NACIONAL, EDAD, ESTADO MILITAR O CUALQUIER OTRO ESTADO PROTEGIDO PARECIDO.

Historia de Empleo ***Debe anotar toda la historia de trabajos por los últimos 10 años sin omisión, comenzando con los más recientes en orden para que su solicitud sea considerada completa y aceptable por RLH.***

PATRÓN		NÚMERO DE TELÉFONO () —		Fecha de Empleo	
DOMICILIO (CALLE)		(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)	
POSICIÓN	DEBERES			Salario/Por Hora	
SUPERVISOR	RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO			Comenzando	Hasta

PATRÓN		NÚMERO DE TELÉFONO () —		Fecha de Empleo	
DOMICILIO (CALLE)		(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)	
POSICIÓN	DEBERES			Salario/Por Hora	
SUPERVISOR	RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO			Comenzando	Hasta

PATRÓN		NÚMERO DE TELÉFONO () —		Fecha de Empleo	
DOMICILIO (CALLE)		(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)	
POSICIÓN	DEBERES			Salario/Por Hora	
SUPERVISOR	RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO			Comenzando	Hasta

PATRÓN		NÚMERO DE TELÉFONO () —		Fecha de Empleo	
DOMICILIO (CALLE)		(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)	
POSICIÓN	DEBERES			Salario/Por Hora	
SUPERVISOR	RAZÓN POR DEJAR EL TRABAJO			Comenzando	Hasta

Referencias Profesionales: Anote los nombres, direcciones, números de teléfono, y relación de tres individuos (no familiares) que conocen su trabajo.

1. _____

2. _____

3. _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que las respuestas aquí contenidas son, a mi leal saber y entender, fidedignas y completas. Autorizo también a Red Lion Hotels Corporation (“la compañía”) para que investigue todas las declaraciones contenidas en la presente solicitud y para que solicite información sobre mi persona a anteriores empleadores, instituciones educativas, que revise mis registros de antecedentes penales y de tránsito, y que verifique cualesquier otra información pertinente sobre mí. Autorizo expresamente a mis empleadores anteriores a suministrar información y opinar sobre mi trabajo y hábitos laborales. Más aún, exoneró a todas las partes y personas con relación a cualquier solicitud de información de toda demanda, responsabilidad y daños por cualesquier motivo, que surja por proporcionar cualquier información que se requiera para llegar a una decisión de empleo. En el caso de empleo, entiendo que cualquier información falsa o engañosa dada en mi solicitud o entrevista(s) podría resultar en mi despido.

EMPLEO A VOLUNTAD

Entiendo que si la compañía me contrata, mi empleo es a voluntad, lo que significa que la compañía o yo podemos ponerle fin en cualquier momento, por cualquier motivo o sin motivo. Entiendo además que esta política de empleo a voluntad no podrá ser modificada salvo por escrito por el director ejecutivo (CEO) de la compañía.

CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE PARA SOMETERSE A PRUEBA DE DETECCIÓN DE DROGAS

Entiendo que para Red Lion Hotels Corporation (“la compañía”) es requisito de empleo que yo coopere y me someta a análisis completos de detección de sustancias controladas, cuyos resultados deberán ser satisfactorios. Una prueba con resultados positivos o mi falta de cooperación me descalificará en este momento de ser tenido en consideración para el empleo y no podré volver a presentar una solicitud durante seis meses. Cuenta como falta de cooperación la alteración de mi organismo o de la muestra de manera tal que impida un análisis preciso, incluyendo entre otros, el beber líquidos en exceso. Entiendo y acepto que cualquier oferta de empleo que la compañía me haga está condicionada a mi cooperación y a los resultados satisfactorios de las pruebas de drogas; y si comienzo a trabajar antes de someterme a dichos análisis o de que se hayan recibido los resultados de los mismos, mi empleo está supeditado a dichos resultados.

La toma de la muestra, la supervisión de la cadena de custodia y los procedimientos de análisis estarán a cargo de un servicio externo nombrado por la compañía de manera tal que garantice, en la máxima medida que sea factible, la objetividad y la integridad del proceso. Si existe algún motivo para creer que Ud. ha manipulado, adulterado o de alguna forma ha intentado diluir la muestra, la segunda muestra será tomada bajo observación directa de una persona del mismo sexo del solicitante. Mediante mi firma, acepto por la presente, en caso de que se me ofrezca un cargo dentro de la compañía, proporcionar una muestra en el centro designado, y acuerdo y acepto que dicha muestra sea sometida a análisis para determinar la presencia de sustancias controladas. Autorizo la divulgación de los resultados de los análisis a la compañía para que los use para evaluar me para el empleo. Libero a la compañía de cualquier y toda responsabilidad y reclamo incidental a la toma de la muestra, los análisis y el uso de los resultados de los análisis.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	FIRMA (Obligatorio)	FECHA
-----------------------------	---------------------	-------



RED LION HOTELS
CORPORATION

IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA DEL SOLICITANTE
ACCIÓN AFIRMATIVA EXIGIDA AL EMPLEADOR

Nombre: _____ Teléfono: _____

Número de trabajo/Cargo que solicita: _____

La ley Federal nos exige solicitar esta información. Le rogamos que firme y entregue este formulario incluso si no lo responde.

Su propósito es garantizar igualdad de oportunidades y evaluar nuestros esfuerzos de reclutamiento de buena fe para atraer a personas pertenecientes a las minorías étnicas, mujeres, veteranos de Vietnam y personas con incapacidades. La contratación se basa en las calificaciones. Por ley se prohíben las cuotas o preferencias basadas en sexo, raza u origen étnico.

Le invitamos a identificarse VOLUNTARIAMENTE en las categorías abajo indicadas, ahora o en cualquier futuro momento. No está obligado a responder. Si decide no hacerlo, no estará sujeto a tratamiento adverso. Esto NO forma parte de su solicitud, es confidencial* y será usado de conformidad con la ley.

1. SEXO: Masculino Femenino

2. ORÍGENES ÉTNICOS Y RACIALES

a. ¿Hispano o latinoamericano? Sí No

Si marcó "No" arriba, marque uno de los siguientes:

b. Origen racial – No hispanico:

Indio americano/nativo de Alaska

Asiático, asia-americano

Negro, afroamericano

Hawaiano/isleño del Pacífico

Blanco/caucásico

2 ó más razas, no hispano

Firme aquí: _____

Fecha _____

* Los supervisores y gerentes podrían ser informados sobre las restricciones en las tareas laborales de las personas con incapacidades o sobre los elementos requeridos para su acomodación, primeros auxilios o tratamiento en caso de emergencia. También pueden revisar esto funcionarios del gobierno.

Employer Use Only:

EEO-1 Occup
Category: _____

JOB

GROUP CODE: _____ If current opening, Job Applied For: