



SOLICITUD DE EMPELO

Nombre <i>(Incluya cualquier otro nombre que ha utilizado)</i>	
---	--

Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal
-----------	-------------------------------

Teléfono Casa _____ Teléfono Celular _____ Correo Electrónico _____	Es usted elegible para trabajar en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene usted un mínimo de 18 años de edad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	--	---

Ha trabajado en el cuidado de niños en algún otro centro infantil en Florida?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Si su respuesta anterior es SI, completó usted las horas de entrenamiento requeridas por DCF?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ha sido Ud. condenado(a) alguna vez de algún crimen relacionado con abuso infantil o negligencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ha usted trabajado en algún centro infantil al cual le negaron, revocaron o suspendieron la licencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ha usted trabajado en algún centro infantil que ha sido sujeto a una acción disciplinaria o una multa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

INFORMACIÓN GENERAL

Ha trabajado en RCMA en el pasado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si su respuesta es SI, indique cuando _____	En que posición? _____
--	---	------------------------

Si la posición que usted desea requiere manejar un vehículo, está usted aprobado para hacerlo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Qué posición está usted solicitando ahora?
--	--

Tiene parientes trabajando en RCMA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si es así, escriba sus nombres y otra información aquí:
---	---

Nombre	Relación	Oficina o Centro

EDUCACIÓN–Círcule el grado más alto completado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED Estudios de Post Grado 1 2 3 4 +

Escuela	Nombre y Lugar	Fechas en que asistió (mes/año)		Se graduó? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especialización	Tipo de diploma recibido
		Desde	Hasta			
Escuela Secundaria						
Colegio o Universidad						
Post Grado o Título Profesional						
Otra institución						

REFERENCIAS – Escriba los nombres y teléfonos de 3 individuos que NO son familiares o amigos personales que saben sobre su experiencia de trabajo y/o educación.

Nombre	Teléfono
1.	
2.	
3.	

HISTORIAL DE TRABAJO–La ley de Florida requiere que nos pongamos en contacto con todos sus empleadores durante los últimos 5 años. Incluya todos sus empleadores durante ese periodo empezando con su empleo actual.

1. Empleador actual o más reciente	Dirección	Podemos contactar a su supervisor o empleador actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor
Fecha de inicio de empleo (mes/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/año)	Salario inicial \$ por
Razón de dejar empleo	Responsabilidades	Salario final \$ por

2. Empleador anterior	Dirección		Nombre del Solicitante:	
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor	Teléfono del empleador (compañía)	
Fecha de inicio del empleo (mes/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/año)	Salario inicial \$ por	Salario final \$ por	
Razón por la que dejó el empleo	Responsabilidades			
3. Empleador anterior	Dirección			
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor	Teléfono del empleador (compañía)	
Fecha de inicio del empleo (mes/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/año)	Salario inicial \$ por	Salario final \$ por	
Razón por la que dejó el empleo	Responsabilidades			
4. Empleador anterior	Dirección			
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor	Teléfono del empleador (compañía)	
Fecha de inicio del empleo (mes/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/año)	Salario inicial \$ por	Salario final \$ por	
Razón por la que dejó el empleo	Responsabilidades			
5. Empleador anterior	Dirección			
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor	Teléfono del empleador (compañía)	
Fecha de inicio del empleo (mes/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/año)	Salario inicial \$ por	Salario final \$ por	
Razón por la que dejó el empleo	Responsabilidades			
6. Empleador anterior	Dirección			
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor	Teléfono del empleador (compañía)	
Fecha de inicio del empleo (mes/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/año)	Salario inicial \$ por	Salario final \$ por	
Razón por la que dejó el empleo	Responsabilidades			
HISTORIAL DE RESIDENCIA - Escriba los nombres de todos los estados y países donde ha vivido durante los últimos 5 años:				
Año	Año	Año	Año	Año

Yo certifico que mis repuestas son verdaderas y a mi mejor entendimiento. Yo autorizo una investigación de todas las declaraciones hechas en esta solicitud de empleo de ser necesario, y que conlleve a una decisión para emplearme. Entiendo que si resulto seleccionado(a) para trabajar con niños, mi selección será basada en una revisión favorable de mis antecedentes requeridos por los estatutos del estado de la Florida. La revisión de antecedentes incluye referencias de carácter, referencias de trabajo de mis empleadores previos y antecedentes criminales o penales los cuales incluyen huellas digitales. Entiendo que dar información falsa en esta solicitud o durante la entrevista podría resultar en mi despido. También entiendo que si la posición que estoy solicitando requiere que yo maneje para RCMA por razones de trabajo, un chequeo de mi record de vehículo motorizado (MVR) será obtenido para asegurarse de que soy elegible para manejar y que es seguro que yo maneje. **Por medio de mi firma a continuación, autorizo a RCMA a obtener mi record de MVR.**

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Consideramos solicitantes para todas las posiciones sin importar su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, incapacidad, estado matrimonial o de veterano. RCMA es una organización libre de drogas. Los empleados están sujetos a ser examinados para determinar el uso de drogas y alcohol en cualquier momento.