



Greenspan Home Health Care
Solicitud De Empleo

Informacion Personal

Fecha De Hoy: _____

Nombre: _____
APELLIDO NOMBRE DE PILA M.I.

Telefono Celular: _____ Correro Electronico: _____

Dirreccion Postal: _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Codigo Postal

Dirreccion Fisica: _____
(Si es diferente de la dirección postal) Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Número de licencia : _____ Estado emisor: _____ Fecha de expiración: _____

Transporte Confiable? **Si No** Si es así, explique: _____ Distancia de viaje: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Posición deseada

Puesto solicitado: _____ Salario deseado _____

Cómo se enteró de nosotros/referido por?: _____

Tiene al menos 18 años de edad? **Si No**

Es usted ciudadano estadounidense? **Si No** Si no, indique el país de su ciudadanía: _____

Alguna vez ha trabajado en **Greenspan Home Health Care, LLC**? **Si No**

En caso afirmativo, el puesto ocupado en qué cliente/ubicación: _____ Año: _____

Tiene algún familiar que trabaje en **Greenspan Home Health Care, LLC**? **Si No**

En caso afirmativo, indique: Nombre(s): _____ Relación(s): _____

Historial de empleo – Últimos 2 anos

Enumere sus actividades laborales, comenzando con el presente y retrocediendo 2 años. El período de 2 años debe contabilizarse sin interrupciones. Para períodos de desempleo, desempleado, trabajo por cuenta propia o fechas de asistencia a la escuela.

FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	FINAL POSITION TITLE	Salario Final
EMPLEADOR		NOMBRE DEL ÚLTIMO SUPERVISOR	Razón para irse
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			Teléfono
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES			

FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	FINAL POSITION TITLE	Salario Final
EMPLEADOR		NOMBRE DEL ÚLTIMO SUPERVISOR	Razón para irse
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			Teléfono
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES			

FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	FINAL POSITION TITLE	Salario Final
EMPLEADOR		NOMBRE DEL ÚLTIMO SUPERVISOR	Razón para irse
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			Teléfono
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES			

Referencias

Por favor indique tres referencias que no sean familiares.

Nombre y Cargo	Empresa y dirección	Teléfono/correo electrónico

Educación

Escuela(s) Asistió	Nombre y ubicación de la escuela	Fechas de asistencia	Dtítulo/Certificado Recibido	Especializó
Escuela secundaria				
Colegio comunitario/com ercio				
Colegia/ Universidad				

Otras calificaciones

Enumere todas las habilidades o capacitación relacionadas con el trabajo que lo beneficiarían en el puesto que ha solicitado:

Proceso de dar un título

Lea atentamente la información a continuación antes de firmar:

Declaro bajo pena de perjurio que los hechos contenidos en esta solicitud, currículum vitae u otros presentados. Los documentos son fieles a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información falsa o significativa. omisiones me descalificarán para una mayor consideración para el empleo, y es una justificación para mi despido del empleo si se descubre en una fecha posterior.

Initial

Autorizo voluntariamente y con conocimiento de causa la divulgación de toda la información solicitada por el **Greenspan Home Health Care, LLC** o agencia que actúe en nombre de la corporación con el fin de preparar un informe de investigación. Entiendo que mi solicitud de empleo no estará completa hasta que haya completó cualquier documento adicional requerido a los efectos de completar el informe de investigación. Entiendo que tengo derecho a solicitar una divulgación completa de la naturaleza y alcance de la investigación, junto con la información de mi expediente de investigación, previa notificación razonable al Cuidado de la salud en el hogar de **Greenspan Home Health Care, LLC**.

Initial

Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solicitud/currículum, y autorizo cualquier persona, escuela, empleadores y organizaciones actuales y anteriores para proporcionar registros a la empresa, Información y opinión que se pueden proporcionar al tomar una decisión de contratación. libero el **Greenspan Home Health Care, LLC** y todos los informantes de responsabilidad por cualquier daño que pueda resulten de proporcionar información y opiniones veraces o realizadas de buena fe.

Initial

Entiendo y reconozco que esto constituye el acuerdo completo entre yo y el Cuidado de la salud en el hogar de **Greenspan, LLC**. Respecto al término de mi empleo y reemplaza cualquier otros acuerdos verbales o escritos expresos o implícitos. Entiendo que cualquier oferta de trabajo está sujeto a un período de prueba de 90 días.

Initial

Declaro bajo pena de perjurio que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas.

Firma

Fecha