



SOLICITUD DE EMPLEO

Algunos puestos pueden requerir la complementación de algunas pruebas, ya sea de selección múltiple, teclado o cualquier prueba relacionada al puesto solicitado. Favor de verificar con algún representante del Departamento de Recursos Humanos si el puesto solicitado requiere de alguna prueba o si usted necesita algún acomodo para completar dicha prueba o como parte del proceso de solicitud de empleo. Es política de la empresa buscar candidatos calificados para puestos en toda la empresa sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, género, identidad de género, orientación sexual real o percibida, estado civil, condición social, ideologías políticas, edad, discapacidad física o mental, estado de veterano o cualquier otra característica protegida por ley. Baristas del Caribe, LLC es una empresa libre de drogas. **"Igualdad de Oportunidades de Empleo/Acción afirmativa para las minorías/Mujeres/Personas con discapacidad/Veteranos"**. Empleador con E-Verify para verificar la elegibilidad de empleo de todos los nuevos empleados. "Alentamos a las mujeres, los veteranos y los discapacitados a postularse".

Favor de cumplimentar la solicitud en letra de molde y tinta AZUL

Puesto solicitado _____ Fecha de la Solicitud _____

Nombre _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal _____
Urbanización Numero Calle Ciudad País

Teléfono () _____ Celular () _____ Correo Electrónico _____

- ¿Es usted mayor de dieciocho (18) años Sí No
- ¿Ha trabajado anteriormente para la empresa? Sí No ¿Cuándo? _____
- ¿Ha sido entrevistado(a) para otra posición en la Empresa?..... Sí No ¿Cuál? _____
- ¿Tiene familiares o amigos trabajando en la Empresa?..... Sí No ¿Quién? _____
- ¿Es usted legalmente elegible para empleo en P.R. Sí No
- ¿Está dispuesto a viajar? Sí No
- ¿Ha sido alguna vez convicto por algún delito? Sí No En caso afirmativo, Explique _____

- Una convicción no necesariamente le descalifica para una consideración futura

Si el trabajo que solicita requiere el uso de un vehículo de motor, por favor conteste lo siguiente:

¿Tiene usted una licencia de conducir válida? Sí No Tipo _____ Número _____ Expira _____

¿Tiene usted acceso a un auto o vehículo motorizado? Sí No

¿Tiene usted o puede obtener un seguro de responsabilidad pública sobre ese vehículo? Sí No

Habilidades, Destrezas y Calificaciones

Mencione adiestramientos, habilidades, destrezas, licencias y/o certificaciones que le cualifiquen para el puesto que solicita.

Mencione equipos que sabe operar, programas, sistemas de computadoras o cualquier otra información que le cualifique para el puesto que solicita:

Educación

	Nombre Institución	Ultimo grado o Nivel Completado	Diploma o Grado obtenido	Curso o Especialidad
Escuela Superior				
Universidad				
Instituto Vocacional o Adiestramientos				

Historial de Empleo

Desde	Hasta	Nombre del Patrono
Titulo del Puesto		Dirección y Teléfono
Nombre Supervisor Inmediato		Tareas y sus responsabilidades
Motivo de la terminación:		

Desde	Hasta	Nombre del Patrono
Titulo del Puesto		Dirección y Teléfono
Nombre Supervisor Inmediato		Describe el tipo de trabajo y sus responsabilidades
Motivo de la terminación:		

Referencias Profesionales

Nombre	Teléfono	Relación con el candidato (a)
	()	
	()	
	()	

Declaración de Certificación

Certifico que esta solicitud contiene datos precisos y completos y que la información es cierta y correcta, según mi mejor entendimiento. Entiendo que, si alguna investigación revelara datos incorrectos o falsos, dicha información podrá resultar en la descalificación de mi solicitud de empleo o terminación inmediata de empleo. Al llenar esta solicitud de empleo, también entiendo que cualquier investigación personal podrá ser realizada y que mi solicitud o empleo está sujeto a los resultados de esta investigación, que puede incluir referencias profesionales, personales, historial crediticio y/o choferil. Autorizo a mis pasados patronos a brindar a Baristas del Caribe, LLC información relacionada a mi empleo y relevo a cualquiera de las partes de todo daño causado como resultado de la información obtenida. Entiendo que ningún empleado de Baristas del Caribe tiene autorización para realizar acuerdos verbales de empleo, todo acuerdo de empleo deberá ser por escrito y firmado por el candidato a empleo y un oficial autorizado de la Compañía. Entiendo que de llenar esta solicitud, no significa que exista una oportunidad de empleo disponible y no obliga a Baristas del Caribe, LLC a contratarme.

Firma del Solicitante

Fecha

Esta solicitud se considerará activa por 90 días a partir de la fecha arriba mencionada

AUTOIDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE DISCAPACIDAD

Formulario CC-305
Página 1 de 1

Número de control de la OMB 1250-0005
Vence el 31/May/2023

Nombre: _____ Fecha: _____

Identificador de empleado: _____
(si procede)

¿Por qué se le ha pedido que conteste este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal obligado por la ley a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas calificadas con discapacidades. También estamos obligados a medir nuestro progreso hacia el objetivo de que al menos el 7% de nuestros empleados sean personas con discapacidades. Para ello, debemos preguntarle a nuestros aspirantes y empleados si tienen o alguna vez han tenido una discapacidad. Dado que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, les pedimos a todos nuestros empleados que actualicen su información por lo menos cada cinco años.

Identificar con una persona con discapacidad es voluntario, y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta se mantendrá confidencial y no será vista por directivos encargados de la selección, ni por otras personas que tomen decisiones sobre el personal. Contestar el formulario no tendrá ningún efecto negativo para usted, sin importar si se ha autoidentificado en el pasado. Para obtener más información sobre este formulario o sobre las obligaciones de empleo igualitario de los contratistas federales en los términos de la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación, visite el sitio de internet de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo puede saber si tiene una discapacidad

Se considera que tiene una discapacidad si tiene algún impedimento o trastorno médico, ya sea físico o mental, que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene un historial o registro de dicho impedimento o trastorno médico. *Las discapacidades incluyen, entre otras:*

- Autismo
- Enfermedades autoinmunes, como lupus, fibromialgia, artritis reumatoide o VIH/sida
- Ceguera o problemas de la vista
- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular o cardíaca
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o problemas del oído
- Depresión o ansiedad
- Diabetes
- Epilepsia
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn o síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual
- Missing limbs or partially missing limbs
- Nervous system condition for example, migraine headaches, Parkinson's disease, or Multiple sclerosis (MS)
- Psychiatric condition, for example, bipolar disorder, schizophrenia, PTSD, or major depression

Marque una de las siguientes casillas:

- Sí, tengo una discapacidad o un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No, no tengo una discapacidad ni un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No quiero responder

DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder un instrumento de recolección de información si dicho instrumento no muestra un número de control válido de la OMB. Contestar esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos.

Solamente para uso del empleador

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario de la manera necesaria para fines de conservación de registros.

Por ejemplo:

Puesto: _____ Fecha de contratación: _____

INVITACION VOLUNTARIA DE VETERANOS PROTEGIDOS PRE-OFFERTA

Este patrono es un contratista de gobierno sujeto a la Ley de Asistencia de Reajuste de los Veteranos de Vietnam era "de 1974, modificada por la Ley de Empleos para los Veteranos de 2002, 38 USC 4212 (VEVRAA), que exige a los contratistas del gobierno a tomar medidas de acción afirmativa para emplear y avanzar en el empleo: (1) los veteranos discapacitados; (2) los veteranos recientemente separados; (3) veteranos activos durante la guerra o veteranos con insignia de campaña; y (4) veterano con medalla de servicio en las Fuerzas Armadas. Estas clasificaciones se definen como sigue:

- Un "veterano discapacitado" es uno de los siguientes:
 - Un veterano de los militares de EE.UU., tierra, naval o aérea que tenga derecho a una indemnización (o quién sino para la recepción de pago de jubilación militar tendría derecho a una indemnización), bajo las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos; •
 - Una persona que fue dado de baja del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.
- Un "veterano recientemente separado" significa cualquier veterano durante el período de tres años a partir de la fecha de aprobación de la gestión de dicho veterano o la baja del servicio activo en el ejército EE.UU., tierra, naval o aéreo.
- Un "servicio activo en tiempo de guerra o veterano con insignia de campaña " significa un veterano que haya estado en servicio activo en el ejército EE.UU., tierra, naval o aérea durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual una insignia de campaña haya sido autorizada conforme a las leyes administrado por el Departamento de Defensa.
- Un "veterano con medalla de servicio de las fuerzas armadas", un veterano que, mientras estaba en servicio activo en el ejército EE.UU., tierra, naval o aérea, participó en una operación militar de Estados Unidos para que una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas fue otorgado de conformidad con la Orden Ejecutiva 12985.

Veteranos protegidas pueden tener derechos adicionales bajo USERRA - la Ley de Derechos de reemplazo de los servicios uniformados de Empleo y. En particular, si estuvo ausente del empleo a fin de realizar el servicio en los servicios uniformados, usted puede tener derecho a ser recontratado por su empleador en la posición que habría obtenido con una certeza razonable, si no fuera por la ausencia por servicio. Para obtener más información, llame al Departamento de Veteranos de Empleo de Trabajo de los EE.UU. y el Servicio de Capacitación (veterinarios), a la línea gratuita, al **1-866-4-EE.UU.-DOL**.

Si usted cree que usted pertenece a alguna de las categorías de veteranos protegidas mencionadas anteriormente, por favor indique marcando el espacio correspondiente. Como contratista de Gobierno sujeto a VEVRAA, le solicitamos esta información con el fin de medir la eficacia de la difusión y los esfuerzos de reclutamiento positivos que llevamos a cabo de conformidad con VEVRAA.

Si usted entiende que pertenece a una de las categorías de veteranos protegidos mencionadas en este documento, favor indicarlo al seleccionar el espacio apropiado a continuación.

ME IDENTIFICO COMO UNA O MAS DE LAS CATEGORIAS DE VETERANOS PROTEGIDOS MENCIONADOS ARRIBA.

NO SOY VETERANO PROTEGIDO

Nombre _____

Fecha _____