



Employment Application / Solicitud De Empleo
An Equal Opportunity Employer / Un Empleador Con Igualdad De Oportunidades

12859 Chapman Avenue, Garden Grove, CA 92840
 Phone: (714) 621-0180 / Fax (714) 621-0170
 estrellademexicaligg@gmail.com

Applicant Information / Información Del Solicitante

Full Name / Nombre Completo: _____ Date / Fecha: _____

Last Name First / Apellido Primero _____

Present Address / Domicilio Actual: _____

Street Address / Número y Calle _____ Apartment/Unit # / Apartamento/Unidad # _____

City / Ciudad _____ State / Estado _____ ZIP Code / Código postal _____

Phone / Teléfono: _____ Email _____

Position Applied for / Puesto solicitado: _____

Do you have means of transportation to and from work / Tiene medios de transporte hacia y desde el trabajo? Yes / Si No

Have you ever worked for this company / alguna vez has trabajado para esta empresa? Yes / Si No

Are you 18 years or older / Tiene 18 años o más? Yes /Si No

Education / Educación

What is your highest level of education completed / Cuál es su nivel más alto de educación completado? _____

Do you have degrees, special certifications, vocational or commercial experience useful for the position applied for / Tiene títulos, certificaciones especiales, experiencia vocacional o comercial útil para el puesto solicitado? _____

If yes, explain / Si, explique _____

Are you willing to demonstrate commercial related documents to validate your education and or training upon serious consideration for employment / Está dispuesto a demostrar documentos comerciales relacionados para validar su educación y o capacitación sobre la consideración seria para el empleo?

Previous Employment / Empleo anterior

Company / Compañía: _____ Phone / Teléfono: _____
Address / Dirección: _____ Supervisor: _____

Responsibilities / Responsabilidades laborales: _____

From / Desde: _____ To / Hasta: _____

Reason for leaving / Razon de salida: _____

May we contact your previous supervisor for a reference / Podemos ponernos en contacto con su supervisor anterior para obtener una referencia? Yes / No No

Company / Compañía: _____ Phone / Teléfono: _____
Address / Dirección: _____ Supervisor: _____

Responsibilities / Responsabilidades laborales: _____

From / Desde: _____ To / Hasta: _____

Reason for leaving / Razon de salida: _____

May we contact your previous supervisor for a reference / Podemos ponernos en contacto con su supervisor anterior para obtener una referencia? Yes / No No

Disclaimer and Signature / Descargo de responsabilidad y firma

"I certify that the facts contained in this application are true and complete to the best of my knowledge and understand that, if employed, falsified statements on this application shall be grounds for dismissal.

I authorize investigations of all statements contained herein and the references and employers listed above to give you any and all information concerning my previous employment and any pertinent information they may have, personal or otherwise, and release the company from all liability for any damage that may result from utilization of such information.

I also understand and agree that no representative of the company has any authority to enter into any agreement for employment for any specified period of time, or to make any agreement contrary to the foregoing, unless it is in writing and signed by an authorized company representative.

This waiver does not permit the released or use of disability-related or medical information in a manner prohibited by the Americans with Disabilities Act (ADA) and other relevant federal and state laws.

"Certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos y completos a mi leal saber y entender que, si se emplean, las declaraciones falsificadas en esta solicitud serán motivo de despido.

Autorizo las investigaciones de todas las declaraciones contenidas en este documento y las referencias y empleadores enumerados anteriormente para brindarle toda la información relacionada con mi empleo anterior y cualquier información pertinente que puedan tener, personal o de otro tipo, y libero a la compañía de toda responsabilidad por cualquier daño que pueda resultar de la utilización de dicha información.

También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía tiene autoridad para celebrar ningún acuerdo de empleo por un período de tiempo específico, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito y firmado por un representante autorizado de la compañía.

Esta exención no permite la divulgación o el uso de información médica o relacionada con la discapacidad de una manera prohibida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y otras leyes federales y estatales relevantes.

Signature /
Firma:

Date /
Fecha:
