

WILKS MASONRY, LLC.

NEW HIRE PACKET: please use blue or black ink only.

EMPLOYEE NAME: _____ HIRE DATE: _____

TITLE: _____ PAYRATE: _____

SUPERVISOR'S NAME: _____

Employees Preferred Language: English Spanish (For Benefit Guide)

EMPLOYEE: Complete all forms within this packet. A copy of your current Driver's License and Social Security Card must be submitted with this packet. Also, if you are electing Direct Deposit a voided check needs to be included to expedite the process.

EMPLEADO: Complete todas las formas dentro de este paquete. Una copia de su actual licencia de conducir y tarjeta de seguridad social deben ser presentadas con este paquete. Además, si elige Depósito Directo un cheque cancelado debe incluirse para acelerar el proceso.

SUPERVISOR: Make sure Section 1 is filled out correctly by the employee and make sure they have signed & dated the form. Please make sure you fill out Section 2 on I-9 form. You must fill out, date and sign the Certification Box on the I-9.

SUPERVISOR: Asegúrese de que la Sección 1 se rellena correctamente por el empleado y asegurarse de que ellos han firmado el I9. Por favor, asegúrese de rellenar la Sección 2 en el I-9. Usted debe llenar, firmar y poner fecha en la Sección de Certificación de la forma I-9.

Please Mail entire packet to:

Wilks HR Department
Attn: Liz Miranda
P.O. Box 1032
Cisco, TX. 76437

Nombre: _____ Fecha: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección: _____
Calle Apto Ciudad Estado Código postal

Seguro Social: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Posición solicitada: _____ Fecha disponible para trabajar: _____

Es usted un ciudadano de los EE.UU.? Sí No Está autorizado para trabajar en los EE.UU.? Sí No

¿Alguna vez ha trabajado para esta compañía? Sí No ¿Sí? Cuando _____

Es usted relacionado con alguien que trabaja para esta compañía? Sí No Nombre y relación: _____

Ha sido condenado por un delito en los últimos 5 años? Sí No

¿Sí? Explicar la razón: _____

Habilidades Especiales: _____

Empleo Anterior

Compañía: _____ Título del trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fechas de empleo: _____

Compañía: _____ Título del trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fechas de empleo: _____

RENUNCIA Y FIRMA

AUTORIZACIÓN

"Autorizo a que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderas y completas a la mejor de mi conocimiento. Entiendo que una declaración falsa en esta solicitud es motivo de despido

Autorizo la investigación de todas las referencias de empleo mencionadas para darle cualquier y toda información con respecto a mi empleo previo y cualquier información pertinente que puedan tener, personales y 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 estoy de acuerdo que ningún representante de la compañía tiene la autoridad para entrar en cualquier acuerdo de empleo por cualquier período de tiempo especificado, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, si no es por escrito y firmado por un representante autorizado de la empresa.

Esta renuncia no permite la liberación o el uso de la información médica o relacionada con la discapacidad de una manera prohibida por las Americans with Disabilities Act (ADA) y otras leyes federales y estatales pertinentes."

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información Del Empleado

* Indica información requerida
(Sólo un número necesario para cada contacto de emergencia)

*Nombre del empleado: _____

Número de teléfono casa: _____

*Número de teléfono celular: _____

*Dirección de correo electrónico: _____

*Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Información de Contacto en Caso de Emergencia

Información de Contacto de Emergencia – Principal

*Nombre de Contacto: _____

*Relación: _____

*Dirección: _____

*Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de negocio: _____

Teléfono de celular: _____

Información de Contacto de Emergencia – Secundaria

Nombre de Contacto: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de negocio: _____

Teléfono de celular: _____

RECONOCIMIENTO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLITICAS

Yo he leído el Manual de Políticas y Procedimientos de Wilks Masonry. Yo reconozco que he leído y me ha familiarizado con los procedimientos y políticas de este manual y todas las políticas aquí mencionadas, y entiendo que es mi responsabilidad de obedecer y seguir estas políticas.

Yo reconozco por medio de mi firma contenida aquí abajo que he leído y entendido las declaraciones mencionadas. Yo también entiendo que mi firma de ninguna manera convierte esta Manual de Política y Procedimiento en un contrato de empleo entre Wilks Masonry y mi persona.

Firma del Empleado: _____

Nombre de Empleado: _____

Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE LA GUIA E SEGURIDAD

“La guía de Wilks Masonry es para proveer un lugar de empleo seguro para sus empleados y para cumplir con las regulaciones de prevención de accidentes establecidos por el gobierno Federal, Estatal, Local y de esta compañía. La compañía esta sinceramente interesada en la seguridad y bienestar de sus empleados. La prevención de accidentes es esencial para mantener un lugar de trabajo seguro y eficiente.”

Para cumplir con todo lo anteriormente mencionado y para asistir en la prevención de accidentes, las reglas y guías publicadas deberán ser observadas todo el tiempo. Sin embargo, es imposible publicar una regla para cada circunstancia. Es por eso que cada empleado debe asumir su papel en el programa de seguridad y prácticas de seguridad que son destinadas para la protección del empleado y que no impidan la realización del trabajo o producto.

Todos los empleados deben de ayudar completamente. La negligencia de estas reglas es una violación de la guía de la compañía y será resuelto debidamente. Los empleados deben ayudar a prevenir accidentes, lo cual beneficiara a todos los trabajadores y todos deben de tratar de tener cero accidentes.

Los empleados reconocen que han leído y entendido la guía de disciplina, si se viola cualquiera de las reglas o prácticas de seguridad establecidas por Wilks Masonry se hará lo siguiente:

Primera Violación: Aviso Verbal

Segunda Violación: Aviso Verbal y Reporte Escrito

Tercera Violación: Aviso Verbal, Reporte Escrito y el empleado será despedido.

Los empleados que se porten de una manera flagrante poniendo la seguridad y salud de ellos o la de sus compañeros de trabajo pueden ser suspendidos o despedidos en cualquier momento.

Firma del Empleado: _____

Nombre de Empleado: _____

Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DE LA POLITICA DE ATENDENCIA DEL EMPLEADO

Para mantener un ambiente de trabajo productivo y seguro, Wilks Masonry espera que sus empleados sean puntuales y dependientes en reportarse a su turno de trabajo a la hora programada. El absentismo y la tardanza son un sobrecargo para los otros empleados y la compañía. Una asistencia pobre, o exceso de tardanza son razones para una acción disciplinaria, que puede incluir la terminación de empleo.

Si un empleado no puede evitar llegar tarde al trabajo o no puede presentarse como ha sido programado, el empleado debe notificar a su supervisor tan pronto como sea posible para hacerle saber de su ausencia o tardanza. El no notificar a su supervisor puede traer acciones disciplinarias que pueden incluir la terminación de empleo.

Los empleados no tienen derecho a avisos por escrito. Cualquier disciplina que Wilks Masonry tome, sin importar si es bajo esta política o cualquier otra política, puede ser tomada con o sin aviso por escrito al empleado.

Yo por medio de mi firma, reconozco y entiendo la política de Wilks Masonry sobre la asistencia. Yo entiendo que de no obedecer estas reglas o políticas, o cualquier otra política puede ser razón suficiente para la terminación inmediata. Yo entiendo que puedo ser despedido con o sin aviso por escrito o verbal.

Firma del empleado: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha: _____

**RECONOCIMIENTO DE LA POLITICA DE COMPENSACION AL TRABAJADOR
Y LASTIMADURAS EN EL TRABAJO.**

Yo, entiendo, estoy de acuerdo y prometo seguir la política y procedimientos de accidentes y lastimaduras en el trabajo de Wilks Masonry. Yo entiendo que cualquier pago hacia mi o alguien mas por gastos en conección con mi accidente y resultado de mi lastimadura no es una admision de culpabilidad de parte de Wilks Masonry. Yo entiendo que es mi responsabilidad de reportar cualquier lastimadura a mi supervisor inmediatamente.

En caso de una lastimadura, yo autorizo el acceso complete a copias de datos medicos, reportes de radiología, prueba de alcohol y drogas y cualquier documento que este relacionado a lastimaduras/enfermedades a Wilks Masonry. Por medio de mi firma doy permiso a la divulgación de esta informacion y no hago responsable a los proveedores de esta informacion que he autorizado.

Firma del empleado: _____

Nombre del empleado: _____

Fecha: _____

FORMA DE CONSENTIMIENTO A TOMAR UNA PRUEBA DE ALCOHOL Y DROGAS

De acuerdo a la política de Wilks Masonry, yo por medio de la presente estoy de acuerdo a tomar una prueba de horina (o sangre, si es necesario) para la deteccion de sustancias controladas. Tambien estoy de acuerdo que el reporte de tal prueba puede ser divulgado a Wilks Masonry. Entiendo que si se detecta la presencia de alcohol, sustancias controladas, o drogas, que eso puede constituir una violacion de las políticas y procedimientos de Wilks Masorny, y Wilks Masonry pueden tomar las acciones de disciplina a su discrecion, si lo cree apropiado, el cual puede incluir la terminacion de mi empleo sin derecho a pago.

Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

WILKS MASONRY LLC

La información contenida en la solicitud de empleo es vital para su empleo con Wilks Masonry. Todos los documentos deben ser completados totalmente y ser firmados por usted antes de comenzar su empleo.

Usted será considerado para el empleo sin importar su raza, color, religión, sexo, origen de nacionalidad o edad. *Ley Contra la Discriminación por Edad en el Empleo de 1967* prohíbe la discriminación en base de edad con respecto a los individuos que son de por lo menos 40 años de edad pero menos de 65 años.

CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES POR PARTE DEL EMPLEADO CONSTITUYEN EL ABANDONO VOLUNTARIO DE EMPLEO Y LOS BENEFICIOS DE DESEMPLEO PUEDEN SER NAGADOS.

1. Rechazo o falta de aceptar una asignación de un trabajo basado sobre paga calificación o localización.
2. Falta de notificar a su supervisor, al concluir su trabajo/asignación sin importar la razón de separación con su disponibilidad para trabajar.
3. El recibo de la compañía de una demanda de desempleo de usted sin la notificación de su disponibilidad para trabajar es considerado abandono de trabajo voluntario.
4. Falta de notificar a Wilks Masonry su cambio de dirección o número de teléfono.

Firmando con sus iniciales las áreas siguientes usted verifica que usted ha recibido una copia de las políticas de la compañía, que ha leído, ha entendido y acepta cumplir con estas políticas.

_____ entiendo que esto no es únicamente para propósitos de pago

_____ entiendo que el local donde he sido empleado inicialmente no será un lugar de empleo permanente

_____ entiendo que es mi responsabilidad de notificar cualquier lesión a mi supervisor inmediatamente. Es mi responsabilidad de notificar a mi supervisor si voy a faltar al trabajo. Es mi responsabilidad de reportar a mi supervisor cuando estoy disponible a volver a trabajar.

AUTORIZACION MEDICA: por medio de mi firma autorizo acceso total a expedientes médicos, radiologías pruebas de drogas y cualquier tipo de documento referente a lesiones/enfermedades pasados a Wilks Masonry. Yo doy permiso a divulgar tal información y aceptó no involucrar a ningún proveedor medico por haber divulgado tal información por medio de esta autorización.

AUTORIZACION DE DEDUCCION EN LA NOMINA DE PAGO: por medio de mi firma autorizo que cualquier deducción aplicable sea reducido de mi cheque por herramientas, errores in pago sobrepagos y cualquier deducción relacionado al trabajo.

Firma del Empleado

Fecha

Número de Teléfono

Es usted capaz de realizar de manera razonable, con o sin acomodación razonable, las actividades envueltas en su ocupación/trabajo para el cual ha aplicado? Una revisión de las actividades para tal trabajo o ocupación ha sido dado: Chequee una opción: **Si:** _____ **No:** _____

Inicie la opción que se le aplica: **soy un veterano** _____ **no soy un veterano** _____

Nombre del Apicante: _____