



# SOLICITUD DE EMPLEO

Nombre (Primer Nombre, Medio Nombre, Nombre Familiar)		Incluya cualquier otro nombre que ha utilizado				
Dirección (Numero y Nombre de la Calle)		Ciudad, Estado, Código Postal				
Teléfono Celular _____ Otro Teléfono _____ 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"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta anterior es SI, completó usted las horas de entrenamiento requeridas por DCF?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Ha sido Ud. condenado(a) alguna vez de algún crimen relacionado con abuso infantil o negligencia?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Ha usted trabajado en algún centro infantil al cual le negaron, revocaron o suspendieron la licencia?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Ha usted trabajado en algún centro infantil que ha sido sujeto a una acción disciplinaria o una multa?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
<b>INFORMACIÓN GENERAL</b>						
Ha trabajado en RCMA en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si su respuesta es SI, indique cuando _____	En que posición? _____			
Qué posición está usted solicitando ahora?		Como se enteró está posición?				
Tiene parientes trabajando en RCMA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es así, escriba sus nombres y otra información aquí:				
Nombre	Relación	Oficina o Centro				
<b>EDUCACIÓN</b> —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?	Especialización	Tipo de diploma recibido
		Desde	Hasta			
Escuela Secundaria		<del> </del>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<del> </del>	
Colegio o Universidad				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Post Grado o Título Profesional				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Otra institución				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>REFERENCIAS PROFESIONALES</b> – Escriba 3 individuos que conozcan sus habilidades, capacidades y/o calificaciones relacionadas con la posición que está solicitando. Ej.: Maestro/Profesor, Director de la escuela, Pastor/Sacerdote, etc. No incluya familiares o ex supervisores						
Nombre			Teléfono			
1.						
2.						
3.						
<b>HISTORIAL DE TRABAJO</b> —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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Posición	Nombre de su supervisor	Teléfono del supervisor		Teléfono del empleador (compañía)		
Fecha de inicio de empleo (mes/día/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/día/año)	Salario inicial \$ _____ por _____		Salario final \$ _____ por _____		
Razón de dejar empleo	Responsabilidades					

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/día/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/día/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/día/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/día/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/día/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/día/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/día/año)	Fecha en que dejó el empleo (mes/día/año)	Salario inicial \$            por	Salario final \$            por	
Razón por la que dejó el empleo	Responsabilidades			

Por favor, explique cualquier periodos sin empleo durante los últimos 5 años:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE RESIDENCIA** - Escriba los nombres de todos los estados y países donde ha vivido durante los últimos 5 años:

Desde _____ Hasta _____				
Estado/ País _____				

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.*