

Asistencia con el proceso de contratación: cualquier solicitante que necesite una adaptación razonable en cualquier paso del proceso de contratación debe preguntar al miembro o su representante (empleador) y/o Consumer Direct Care Network (CDCN).

| Información del Empleado | | | | | |
|---|-------------------|----------|---------------|---------------|--|
| Nombre: _____ | | | | | |
| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | | | |
| Dirección física: _____ | | | | | |
| Calle | Dpto./unidad nro. | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Dirección postal: _____ | | | | | |
| <i>(si difiere de la dirección física)</i> Calle/casilla postal | | | | | |
| Dpto./unidad nro. | Ciudad | Estado | Código postal | | |
| Teléfono: Residencial (____) _____ Celular (____) _____ | | | | | |
| Correo electrónico: _____ | | | | | |
| Fecha de nacimiento: _____ Nro. de seguro social: ____-____-____ | | | | | |
| Contacto de emergencia: _____ | | | | | |
| Nombre | | Teléfono | | Vínculo | |
| ¿Cómo quiere que lo contactemos? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal | | | | | |

| Información del Miembro/Empleador |
|--|
| Nombre del Miembro del programa de SDAC: _____ |
| Nombre del Representante Legal del Miembro (en su caso): _____ |
| Nombre del Empleador Registrado: _____ |

Capacidad física - Puede ser necesario que los ACW realicen tareas físicamente extenuantes en el desempeño de sus deberes. Un puesto típico de ACW involucra una variedad de requisitos físicos que incluyen la capacidad de:

| | | | |
|---|---------------|----------|-----------------------------|
| Levantar 75 libras | Arrodillarse | Sentarse | Alcanzar objetos en lo alto |
| Empujar 75 libras | Agacharse | Pararse | Estirarse |
| Jalar 50 libras | Encuclillarse | Caminar | Girarse |
| Asir, sujetar o manipular objetos con las manos | | | |

¿Es capaz de realizar estas tareas físicas? Sí No

Por favor explique cualquier excepción:



Antecedentes penales

¿Alguna vez ha cometido un delito grave (felony)? Sí No

¿Tiene antecedentes penales? Sí No En caso afirmativo, explique:

Por favor lea cuidadosamente

Ni la aceptación de este formulario de información ni el establecimiento de cualquier tipo de relación o acuerdo laboral con un Miembro para una posibilidad de empleo crearán un contrato laboral real o implícito con Arizona Consumer Direct Personal Care, LLC que opera bajo el nombre comercial Consumer Direct Care Network Arizona (CDCN).

Autorizo la investigación de todas las declaraciones proporcionadas al Miembro o contenidas en este formulario de datos. Comprendo que tergiversar u omitir hechos solicitados es motivo de despido en cualquier momento sin previo aviso. Por medio de la presente otorgo permiso al Miembro de contactar a escuelas, empleadores previos (a menos que se indique lo contrario), referencias y otros y lo exonero de cualquier responsabilidad que surja de dicho contacto.

La Ley de Equidad de Informes Crediticios (Fair Credit Reporting Act) requiere que le notifiquemos que podemos solicitar un informe investigativo del consumidor de una agencia de informes crediticios, lo que incluye información sobre sus antecedentes, como resulte necesario. Previa solicitud por escrito, le proporcionaremos información adicional sobre la naturaleza y alcance de cualquier informe que solicitemos.

Comprendo que podré comenzar a trabajar una vez que haya recibido autorización por escrito (el formulario "Okay to Work") de CDCN. De ser el caso y de solicitarse, el empleo seguirá siendo condicional hasta que los resultados de la verificación de antecedentes penales se haya recibido y aprobado.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

