



REQUISITOS DE WORKS WONDERS/WORKQUEST-UN RESUMEN

WorksWonders es el nombre del programa bajo la autoridad legal supervisada por la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas. (TWC) WorkQuest, una división dentro de TWC, administra las operaciones diarias del programa. Este es un Programa de uso estatal que requiere que la mayoría de las horas de trabajo directo las realicen personas ciegas o con discapacidades significativas en contratos estatales otorgados por WorkQuest.

WorkQuest es una agencia privada sin fines de lucro que actúa como enlace entre las agencias gubernamentales estatales que buscan contratistas y organizaciones sin fines de lucro como E.Q.U.I.P. que quieren recibir los contratos. Puede encontrar información adicional sobre estos programas en www.workquesttx.com.

La misión de E.Q.U.I.P. Enterprises es **proporcionar oportunidades laborales, capacitación laboral y desarrollo laboral a personas con discapacidades**. Tenemos varios contratos estatales en Texas bajo el programa WorksWonders y estamos buscando activamente más oportunidades para promover nuestra misión.

Para seguir cumpliendo con el programa y mantener los contratos, debemos cumplir con los requisitos de relación laboral directa. Por lo general, esto implica garantizar que el 75 por ciento de la mano de obra directa esté a cargo de empleados ciegos o discapacitados significativamente en los contratos de WorksWonders.

De acuerdo con la orientación proporcionada por WorksWonders, es necesario determinar primero la discapacidad del individuo y luego determinar si la discapacidad le impide mantener un empleo remunerado. Ambos deben tener en cuenta las horas de trabajo directo de los empleados para los requisitos de proporción.

Según el programa WW, una "discapacidad" significa un impedimento mental o físico, incluida la ceguera, que impide a una persona que busca, ingresa o mantiene un empleo remunerado. (Código de Recursos Humanos de Texas, Capítulo 122, Título 8, Sec. 122.002.5)

Para ser elegible para contar hacia la proporción de mano de obra directa para personas con discapacidades significativas, una persona debe tener documentación en nuestros archivos que no solo describa la naturaleza de las discapacidades significativas de esa persona (es decir, los diagnósticos), sino que documente la medida en que las discapacidades afectan las funciones de la vida del individuo.

Los requisitos de una certificación de una discapacidad por parte de una entidad gubernamental local o estatal, como el Departamento de Servicios de Rehabilitación, Asuntos de Veteranos, etc., incluyen lo siguiente:

- Identificar quién es la entidad emisora (membrete, por ejemplo)
- Firmado (por un consejero de rehabilitación vocacional, por ejemplo)
- Enumere las discapacidades (es decir, diagnósticos específicos)
- Alcance de las discapacidades (severas, crónicas, degenerativas, bilaterales, etc.)

Es posible que una persona tenga una "discapacidad grave o significativa" en virtud de este programa y no se le considere discapacitado para un empleo competitivo. Alguien que tenga una discapacidad significativa que también tenga un historial laboral estable en puestos de trabajo competitivos sería un ejemplo. Estar significativamente discapacitado y discapacitado para un empleo competitivo es necesario bajo el programa WorkWonders.

En caso de tener alguna pregunta con respecto a esta explicación, comuníquese con E.Q.U.I.P. Empresas de Recursos Humanos al 210-982-4099.



SOLICITUD DE EMPLEO

Todos los solicitantes son considerados para todos los puestos sin distinción de raza, religión, color, sexo, género, orientación sexual, embarazo, edad, nacionalidad, ascendencia, discapacidad física o mental, condición médica, estado militar o de veterano, información genética, estado civil, origen étnico, ciudadanía o estatus migratorio o cualquier otra clasificación protegida, de acuerdo con las leyes federales, estatales y locales aplicables. Esta aplicación está diseñada para evaluar sus calificaciones para el empleo. Este formulario de solicitud no es una oferta de empleo. Es posible que su solicitud no se considere a menos que todas las secciones estén completas. Las declaraciones falsas o engañosas durante la entrevista o en este formulario pueden resultar en la negativa a contratar o la terminación del empleo. Todas las personas calificadas tienen acceso equitativo a programas, servicios y empleo. Aquellos solicitantes que requieran alojamiento para completar la solicitud y/o el proceso de entrevista pueden contactarnos a hrhelpdesk@equipenterprises.org Letra de molde.

Puesto(s) Solicitado(s)		Fecha de Aplicación	
Nombre (Apellido, Primeiro, Segundo)			
Dirección		Ciudad	Estado
Número de teléfono(s) #1	Número de teléfono(s) #2	Dirección de correo electrónico/email	

EXPERIENCIA LABORAL

Favor de escribir los nombres de sus empleadores actuales o anteriores en orden cronológico comenzando con su último empleador. Asegúrese de tener en cuenta todos los períodos de tiempo. Si trabaja por cuenta propia, el nombre de la empresa y referencias comerciales de suministro. Añadir página adicional si es necesario.

Nombre	Supervisor	Podemos contactarlo?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		
Número de Teléfono	Fechas Empleado (Mes/Año)	
	Desde	
Título del Puesto y Deberes	Razones para Dejar el Empleo	



Nombre	Supervisor	Podemos contactarlo?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		
Número de Teléfono	Fechas Empleado (Mes/Año)	
	Desde	
Título del Puesto y Deberes	Razones para Dejar el Empleo	

Nombre	Supervisor	Podemos contactarlo?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		
Número de Teléfono	Fechas Empleado (Mes/Año)	
	Desde	
Título del Puesto y Deberes	Razones para Dejar el Empleo	

¿Alguna vez has sido despedido involuntariamente o le han pedido que renuncie de cualquier trabajo?..... Yes No
 En caso afirmativo, por favor, explique

Por favor, escriba otras experiencias, competencias laborales, idiomas adicionales y otros títulos que considere importante durante la evaluación de sus calificaciones para el empleo



EDUCACIÓN

Por favor, describa su formación académica en la tabla que se incluye a continuación.

	Nombre de Escuela	Años Completados	Diploma/ Grado (Sí o No)	Curso de Estudio o Especialidades	Describa Formación Especializada, habilidades y extra curriculares Actividades
Escuela Secundaria					
Colegio/ Universidad					
Graduado/ Profesional					
Escuela Comercio					
Otros					

REFERENCIAS COMERCIALES/PROFESIONALES

Por favor, enliste tres referencias de persona con las que ha trabajado y que le conocen bien, **no** incluyen amigos personales o familiares.

Nombre & Título	Relación	Número de Teléfono o Correo Electrónico

REFERENCIAS PERSONALES

Por favor liste tres personas que lo conocen bien.

Nombre & Título	Relación	Número de Teléfono o Correo Electrónico



INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Ha usado otro nombre?..... Sí No

Si la respuesta es sí a cualquiera de los anteriores, por favor explique:

2. ¿Alguna vez ha trabajado para esta compañía antes?..... Sí No

En caso afirmativo, indique las fechas y posición: _____

3. ¿En qué fecha estaría disponible para empezar a trabajar? _____

4. ¿Estás disponible para trabajar? Tiempo Completo Tiempo Parcial Trabajo de Turno Temporal

5. Días / Horas disponibles para trabajar:

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo

6. Si es contratado, ¿tendría un medio fiable de transporte hacia y desde el trabajo?..... Sí No

7. ¿Tiene Ud. disponibilidad de viajar si el puesto lo requiere?..... Sí No

8. ¿Tiene Ud. disponibilidad de cambiar de residencia si la posición se lo requiere?..... Sí No

9. ¿Es Ud. mayor de 18 años? Sí No

10. Si es contratado, ¿puede presentar evidencia de su identidad y el derecho legal de trabajar en este país?..... Sí No

11. ¿Es capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo para el cual Ud. está solicitando, con o sin ajuste razonable?..... Sí No

Nota: Nosotros cumplimos con la ADA y consideramos medidas de alojamiento razonables que puedan ser necesarios para los solicitantes calificados / empleados para llevar a cabo las funciones esenciales del trabajo.

12. Si el trabajo lo requirere, tiene una licencia de conducir valida?..... Sí No

13. ¿Ha tenido alguna infracción en movimiento en los últimos siete años?..... Sí No

HISTORIA CRIMINAL

14. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito?..... Sí No

Nota: Tenga en cuenta que una respuesta "Sí" no necesariamente lo descalificará del empleo.

En caso afirmativo, proporcione información adicional:

15. ¿Está actualmente a la espera de juicio por algún delito?..... Sí No

16. ¿Ha iniciado alguna vez un acto de violencia en el lugar de trabajo?..... Sí No



DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE Y ACUERDO

Por favor lea y ponga sus iniciales en cada párrafo siguiente. Si hay algo que usted no entiende por favor pregunte.

_____ Por la presente autorizo a la Compañía de investigar a fondo mis referencias, registro de trabajo, la educación y otros asuntos relacionados con mi aptitud para el empleo y además autorizo que sean contactados a los empleadores anteriores y las referencias que he enumerado para informar a la Compañía y de cualquiera de las cartas, informes y otra información relacionada con mis registros de trabajo, sin darme aviso previo de dicha divulgación. Además, por la presente libero a la Compañía, mis empleadores anteriores y todas las personas de otros, corporaciones, sociedades y asociaciones de cualquier y todos los reclamos, demandas o responsabilidades que surjan de o en cualquier manera relacionada con dicha investigación o divulgación.

_____ En el caso de mi empleo con la Compañía, entiendo que estoy obligado a cumplir con todas las reglas y regulaciones de la compañía.

_____ Si soy contratado, yo entiendo y yo acepto que mi empleo con la Compañía es a voluntad y que ni yo ni la Compañía está obligada a continuar la relación laboral por cualquier término específico. Además, yo entiendo que la empresa o yo puedo terminar la relación laboral en cualquier momento con o sin causa y con o sin previo aviso. Yo entiendo que el estatus de mi empleo no puede ser cambiado, modificado o alterado de ninguna manera por las modificaciones orales.

_____ Yo entiendo que la seguridad de los empleados es muy importante para la empresa y que la empresa se ha comprometido a garantizar un ambiente de trabajo seguro. Entiendo que tengo y cada empleado tiene la responsabilidad de prevenir los accidentes y las lesiones mediante la observación de todos los procedimientos y las pautas de seguridad y siguiendo las instrucciones de mi supervisor inmediato. Yo entiendo y yo estoy de acuerdo en cumplir con las regulaciones federales, estatales y locales relacionadas con la seguridad y la salud en el puesto de trabajo.

_____ Por la presente certifico que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas a mi mejor saber. Además, certifico que yo el que firma he completado esta solicitud. Yo entiendo que cualquier omisión o tergiversación de un hecho material en esta solicitud o en cualquier documento usado para asegurar el empleo será motivo de rechazo de esta solicitud o para el despido inmediato si soy empleado, sin importar el tiempo transcurrido antes del descubrimiento.

_____ Yo entiendo que si soy seleccionado para ser contratado será necesario que yo proporcione evidencia satisfactoria de mi identidad y de la autoridad legal para trabajar en los Estados Unidos y estoy dispuesto a completar el formulario I-9 que las leyes federales de inmigración me requieran.

_____ Yo entiendo que si cualquier término, disposición o parte de este Acuerdo es declarado nulo o inaplicable, será separado, y lo demás de este Acuerdo será aplicado.

MI FIRMA ATESTIGUA ABAJO EL HECHO DE QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y QUE ACEPTO TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES.

Firma: _____

Nombre con letra de molde: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA INVESTIGACION DE ANTECEDENTES PENALES

Solicitante: Revise y firme este formulario autorizando a E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. a realizar una revisión de antecedentes para su consideración de empleo. Ni el hecho de completar esta solicitud ni ninguna otra parte de mi consideración para el empleo obliga a E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. a contratarme.

Consentimiento para realizar una verificación de antecedentes

Como condición y consideración del empleo, doy permiso a E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. para verificar mi historial personal y laboral. Entiendo que una verificación de antecedentes incluirá, pero no se limitará a, la verificación de toda la información en mi solicitud de empleo, verificación de antecedentes penales, verificación del registro de delincuentes sexuales, registros de vehículos motorizados y verificación de crédito del consumidor. Además, doy permiso a E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. para realizar estas verificaciones y discutir los resultados en relación con mi solicitud de empleo.

Consentimiento para prueba de drogas y alcohol

Como condición y consideración del empleo, entiendo que de conformidad con la Política de E.Q.U.I.P. para un lugar de trabajo libre de drogas y alcohol, se me exige que me someta a una prueba de detección de drogas y alcohol. Doy mi consentimiento para someterme a análisis de orina, aliento, sangre y / u otras pruebas que determine E.Q.U.I.P. Además, acepto y autorizo la divulgación de los resultados de dichas pruebas a E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. Doy mi consentimiento para una prueba de drogas y alcohol de sospecha aleatoria o razonable durante el tiempo de mi empleo con E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. Entiendo que una prueba positiva, negarse a autorizar este formulario, negarse a tomar la prueba o no presentar una muestra puede resultar en la negación del empleo o el despido inmediato. E.Q.U.I.P. Enterprises puede solicitar pruebas de que estoy tomando una sustancia controlada según las indicaciones de una receta legal emitida a mi nombre. Si se solicita, acepto proporcionar dicha prueba en un plazo de 72 horas. Por la presente, doy mi consentimiento para no presentar ninguna acción legal o en equidad contra E.Q.U.I.P. Enterprises, sus funcionarios, agentes o empleados en relación con los resultados de estas pruebas.

Consentimiento para contactar a empleadores anteriores

Entiendo que E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. puede solicitar ponerse en contacto con cualquiera o todos los empleadores anteriores que figuran en mi solicitud de empleo. Además, según mi indicación en la solicitud de empleo, doy permiso a mis empleadores actuales o pasados para discutir mi historial laboral relevante con la empresa, verbalmente o por escrito.

Declaración de igualdad de empleo

E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. E.Q.U.I.P. no discrimina en el empleo por motivos de raza, color, religión, sexo (incluido el embarazo, identidad de género y orientación sexual), origen nacional, edad (40 años o más), discapacidad o información genética. Mi firma reconoce que he revisado cuidadosamente y reconozco que E.Q.U.I.P. Enterprises, Inc. puede realizar una revisión de antecedentes como se describe anteriormente. También acuso recibo del documento titulado "Un resumen de sus derechos en virtud de la Ley de informes crediticios justos".

Firma: _____ Fecha: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento(MM/DD/YYYY): _____

Numero de carnet de conducir: _____ Emitido por el Estado: _____