



PO BOX 566
 AUGUSTA, GA 30903
 PHONE: 803-489-0093
 FAX: 803-489-0098

EMPLOYMENT APPLICATION

(Aplicación de Empleo)
 Equal Opportunity Employer

POSITION DESIRED _____ <small>(Posición Deseada)</small>	SALARY/ RATE EXPECTED _____ <small>(Sueldo Esperado)</small>
DATE YOU CAN START WORK: _____ <small>(Fecha que puede comenzar a trabajar)</small>	

PERSONAL DATA - (Datos personales)

DATE _____ <small>(Fecha)</small>	SSN _____ <small>(Número de Seguro Social)</small>
NAME _____	
Last (Apellido) _____	First (Nombre) _____
Middle Initial (Segundo nombre) _____	
ADDRESS _____ <small>(Dirección/Domicilio)</small>	
CITY _____ <small>(Ciudad)</small>	STATE _____ <small>(Estado)</small>
ZIP _____ <small>(Codigo postal)</small>	
PHONE NUMBER _____ <small>(Numero de teléfono)</small>	ALTERNATE NO. _____ <small>(Número de teléfono álterno)</small>
PERSON TO NOTIFY IN CASE OF AN EMERGENCY <small>(Persona a notificar en caso de emergencia)</small>	
NAME _____ <small>(Nombre)</small>	RELATIONSHIP _____ <small>(Relación)</small>
ADDRESS _____ <small>(Dirección/Domicilio)</small>	PHONE NUMBER _____ <small>(Numero de Telefono)</small>

EMPLOYMENT HISTORY - (Historia de empleo)

PRESENT OR MOST RECENT EMPLOYER: _____ <small>(Presente o reciente patrón/empleador)</small>	PHONE: _____ <small>(Teléfono)</small>
ADDRESS _____ <small>(Dirección)</small>	
DATE HIRED _____ <small>(Fecha de empleo)</small>	DATE OF TERMINATION _____ <small>(Fecha de la terminación)</small>
SUPERVISOR _____ <small>(Supervisor)</small>	
WAGE/SALARY: _____ <small>(Sueldo)</small>	
DESCRIPTION OF DUTIES: _____ <small>(Descripción de trabajo)</small>	
REASON FOR LEAVING: _____ <small>(Razón de irse)</small>	

PRESENT OR MOST RECENT EMPLOYER: _____ <small>(Presente o reciente patrón/empleador)</small>	PHONE: _____ <small>(Teléfono)</small>
ADDRESS _____ <small>(Dirección/Domicilio)</small>	
DATE HIRED _____ <small>(Fecha de empleo)</small>	DATE OF TERMINATION _____ <small>(Fecha de la terminación)</small>
SUPERVISOR _____ <small>(Supervisor)</small>	
WAGE/SALARY: _____ <small>(Sueldo)</small>	
DESCRIPTION OF DUTIES: _____ <small>(Descripción de trabajo)</small>	
REASON FOR LEAVING: _____ <small>(Razón de irse)</small>	

PRESENT OR MOST RECENT EMPLOYER: _____ <small>(Presente o reciente patrón/empleador)</small>	PHONE: _____ <small>(Teléfono)</small>
ADDRESS _____ <small>(Dirección/Domicilio)</small>	
DATE HIRED _____ <small>(Fecha de empleo)</small>	DATE OF TERMINATION _____ <small>(Fecha de la terminación)</small>
SUPERVISOR _____ <small>(Supervisor)</small>	
WAGE/SALARY: _____ <small>(Sueldo)</small>	
DESCRIPTION OF DUTIES: _____ <small>(Descripción de trabajo)</small>	
REASON FOR LEAVING: _____ <small>(Razón de irse)</small>	

EDUCATIONAL BACKGROUND - (Fondo educativo)	Fechas Atendidas		Curso del Estudio	¿Graduado?
HIGH SCHOOL (Escuela secundaria) ADDRESS (Dirección)	FROM	TO		YES ____ NO ____
COLLEGE (Universidad) ADDRESS (Dirección)	FROM	TO		YES ____ NO ____
TRADE SCHOOL (Escuela comercial) ADDRESS (Dirección)	FROM	TO		YES ____ NO ____
OTHER (Otro) ADDRESS (Dirección)	FROM	TO		YES ____ NO ____

REFERENCES - (Referencias)

	NAME (Nombre)	OCCUPATION (Ocupación)	PHONE NUMBER (Teléfono)
1.)	_____	_____	_____
2.)	_____	_____	_____
3.)	_____	_____	_____

¿Trabajado en All-Safe Industrial Services, Inc. Anteriormente? Quien era su supervisor? _____

¿Que fecha usted estaria disponible para trabajar? _____

Indique los días o cambio que usted no pueda trabajar y la razon _____

¿Usted tiene transporte confiable? _____

¿Esta usted dispuesto a localizar o a resolverse de ciudad en caso de necesidad? _____

¿Usted tiene una licencia de conductores valida? _____

¿En que comercio le han entrenado? _____

¿Servido en un programa de aprendizaje? _____

¿Su experiencia es residencial, comercial, o industrial? _____

¿Hay razon que usted no podría realizar los deberes del trabajo el cual usted esta solicitando? _____

¿Sí o No? Explique su razon _____

¿Le han condenado por un crimen? _____

¿Usted tiene derechos legales de trabajar en los Estados Unidos? _____ ¿Puede usted probar su capacidad para trabajar en los Estados Unidos? _____

RELEASE

Certifico por este medio que las respuestas dadas por mí a las preguntas y a las declaraciones precedentes son verdades y complets al mior de mi conocimiento. Autorizo a All-Safe Industrial Services, Inc. para investigar todas las declaraciones hechas en el proceso de use, y autorizo mis patrones anteriores, institutos educativos, y referencias para proporcionar cualesquiera y toda la informacion que tienen con respecto me, y las llevo a cabo inofensivas para cualquier daño verdadero o percibido que la informacion pueda causarme. Entiendo que la consideracion para el empleo es contingente en la terminacion de un cheque satisfactorio del fondo, del cheque de uso, de la pantalla de la droga, y de mi capacidad de probar estado de la cuidadania o de la inmigracion. Si sobra la investigacion, cualquier cosa contenida en este use se encuentra para ser falso, falsificado, u omitido puede dar lugar a retiro de una oferta del empleo y puedo estar conforme a despido inmediato. Entiendo mas lejos que el empleo con All-Safe Industrial Services, Inc. esta en la voluntad y la relacion del empleo se puede terminar por cualquier parte en cualquier momento, con o sin el aviso, con o sin causa.

REGLA DE ALCOHOL Y DE LA DROGA

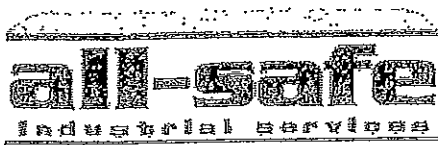
Certifico por este medio que estoy enterado que este patron anticipado, mantiene una lugar de trabajo libre de alcohol y droga y que si es ofrecida una posicion con este patron, yo se que puede requerir tomar una prueba de alcohol y de droga. Estoy tambien enterado que sobra una bases al azar, puedo ser requerido someter al alcohol y a la droga que prueban, y que es la politica de este partron para probar a todos los empleados implicados en un accidente en el acto para la presencia de alcohol y de las drogas. Por la firma de este use del empleo, afirmo mi consentimiento que se probara para el use del alcohol y de la droga segun lo descrito arriba.

Firma _____ Fecha _____

PARA USO DE OFICINA

INTERVIEWED BY: _____ DATE _____

COMMENTS: _____



Forma de Consentimiento de Drogas y Alcohol

All-Safe Industrial Services ("la Compañía") está comprometido a proporcionar un ambiente de trabajo seguro y a fomentar el bienestar y la salud de sus empleados. Ese compromiso se pone en peligro cuando cualquier empleado o futuro empleado usa drogas ilegales o no autorizadas estando dentro o fuera del trabajo o está bajo la influencia del alcohol en horas de trabajo.

Entiendo que como un lugar de trabajo libre de drogas, All-Safe Industrial Services requiere las pruebas de drogas y/o alcohol por las razones siguientes: pre-empleo, pruebas al azar (por All-Safe o sus clientes como es requerido por los contratos), la sospecha razonable o luego de un accidente o incidente, y volver al trabajo.

Estoy de acuerdo a someterme a las pruebas de sustancia y/o alcohol por cualquiera de las razones anteriores y que autorizo a la Empresa o centro médico/clínica/laboratorio de su elección para recoger la sangre, orina, saliva, aliento y/o alguna otra muestra para las pruebas que determinan la presencia de sustancias controladas, drogas no autorizadas y/o alcohol en mi sistema. También entiendo que esta autorización permanecerá en vigor no sólo para pre-empleo sino también para el empleo en curso si me ofrecen y acepto un puesto en la Compañía.

Entiendo que cualquier consideración de mi empleo potencial o actual con la Compañía dará por terminado si los resultados de las pruebas indican resultados positivos para drogas ilegales o no autorizadas y/o alcohol.

Autorizo a cualquier centro de pruebas utilizado para dar los resultados de mis pruebas a la Compañía y estoy de acuerdo en mantener a la Compañía y a sus agentes libre de cualquier y toda responsabilidad en relación con las pruebas de drogas y alcohol y el uso de los resultados en lo que respecta a mis consideraciones laborales potenciales o actuales.

Firma: _____ Nombre: _____

Testigo: _____ Nombre: _____



Divulgación y Formulario de Autorización para obtener su Reportaje de Consumidor

Nombre:	SSN:
Día de Cumpleaños:	Licencia de conducir/ID:
Dirección de calle:	Emitida por qué estado:
Ciudad:	Fecha de expiración:
Estado:	Condado:
Código postal:	

Revelación

Al ser considerado para empleo con All-Safe Industrial Services, Inc. ("la Compañía") puede solicitar y confiar en uno o más informes del consumidor. Estos informes pueden incluir verificación de antecedentes, MVR, verificación de la educación, verificación de credenciales, informe de crédito o verificación de empleo y verificación de referencias. Bajo el Acta de Informes de Crédito Justo, (Fair Credit Reporting Act, FCRA), All-Safe debe tener su consentimiento por escrito para obtener uno o más de estos informes para fines de empleo. Antes de tomar una acción adversa sobre la base de información en cualquiera de estos informes, se le proporcionará una copia de ese informe, el nombre, dirección y número de teléfono de la agencia de información y un resumen de sus derechos bajo la FCRA para que usted pueda contactarse con ellos si quiere disputar cualquier información contenida en el informe (s).

Autorización

He leído y entendido la divulgación y autorizo a All-Safe Industrial Services a obtener y confiar en informes de los consumidores para considerarme para el empleo. Entiendo además que All-Safe puede obtener informes actualizados o informes adicionales que considere necesarios para mantener los registros de mi archivo personal si me convirtiera yo en un empleado, o en el curso de la investigación de cualquier reclamación de beneficios de compensación laboral, o en la investigación de rutina de las denuncias de mala conducta como se indica en las políticas o procedimientos de All-Safe. Me comprometo a mantener a All-Safe Industrial Services, sus empleados, agentes, concesionarios y proveedores que ofrecen estos informes inofensivos de cualquier daño que pueden hacer a menos que tales daños fueran el resultado de difamación maliciosa y deliberada, difamación y/o calumnia, cuyo resultado sea el daño hacia mí persona o mi reputación.

Con mi firma abajo, autorizo a All-Safe Industrial Services a obtener alguno de estos informes y de compartir la información recibida con cualquier persona involucrada en la decisión de emplearme.

Firma: _____

Fecha: _____



DEPS Security Group
DEPS Safety & Security Services, Inc.

Records Release Form

Please be certain this form is filled out legibly in order to ensure accuracy.

Name: _____
Last First Middle

Social Security Number: _____

Aliases or Other Names: _____
Including Maiden Names

Date of Birth: _____ (00/00/0000) Sex: Male Female Race: _____

Residence Information:

Must list all places lived in the past 7 years (Including Temporary Residences)

Street	City	State	Zip
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Drivers License Information:

License Number: _____ State: _____

I (employee) have also read and signed the BGC Disclosure that my employer will keep in my records.

Signature: _____ Date: _____

Company Authorization Signature: Patricia Forster Date: _____

Company Name: All-Safe Industrial Services

PCS Contractor ADM Military Other

Email form to: msmith@depsnet.com or Fax form to: 252-523-6464



Disclosure

We, DEPS Safety & Security Services, Inc. will obtain an investigative consumer reports (or both) about you for employment purposes. These purposes may include hiring, contract, assignment, promotion, re-assignment, and termination. The reports will include information about your character, general reputation, personal characteristics, and mode of living.

We will obtain these reports through a consumer reporting agency. Our consumer reporting agency is backgroundchecks.com ("BGC"). BGC's address is P.O. Box 353, Chapin, SC 29036. BGC's telephone number is (866).265-6602. BGC's website is www.backgroundchecks.com.

To prepare the reports, BGC may investigate your education, work history, professional licenses and credentials, references, address history, social security number validity, right to work, criminal record, lawsuits, driving record, credit history, and any other information with public or private information sources.

You may inspect BGC's files about you (in person, by mail, or by phone) by providing identification to BGC. If you do, BGC will provide you help to understand the files, including trained personnel and an explanation of any codes. Another person may accompany you by providing identification.

If BGC obtains any information by interview, you have the right to obtain a complete and accurate disclosure of the scope and nature of the investigation performed.

The Federal Trade Commission provides a summary statement of your rights on its website at www.ftc.gov/credit.

Please sign below to acknowledge your receipt of this disclosure.

Signature

Date

Printed name

Para informacion en español, visite www.ftc.gov/credit o escriba a la FTC Consumer Response Center, Room 130-A 600 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20580.

A SUMMARY OF YOUR RIGHTS UNDER THE FAIR CREDIT REPORTING ACT

The federal Fair Credit Reporting Act (FCRA) promotes the accuracy, fairness, and privacy of information in the files of consumer reporting agencies. There are many types of consumer reporting agencies, including credit bureaus and specialty agencies (such as agencies that sell information about check writing histories, medical records, and rental history records). Here is a summary of your major rights under the FCRA. For more information, including information about additional rights, go to www.ftc.gov/credit or write to: Consumer Response Center, Room 130-A, Federal Trade Commission, 600 Pennsylvania Ave. N.W., Washington, D.C. 20580.

- You must be told if information in your file has been used against you. Anyone who uses a credit report or another type of consumer report to deny your application for credit, insurance, or employment -- or to take another adverse action against you -- must tell you, and must give you the name, address, and phone number of the agency that provided the information.
- You have the right to know what is in your file. You may request and obtain all the information about you in the files of a consumer reporting agency (your "file disclosure"). You will be required to provide proper identification, which may include your Social Security number. In many cases, the disclosure will be free. You are entitled to a free file disclosure if:
 - a person has taken adverse action against you because of information in your credit report;
 - you are the victim of identify theft and place a fraud alert in your file;
 - your file contains inaccurate information as a result of fraud;
 - you are on public assistance;

This form is to be signed and remain in the employers records on any employee which a background check is requested. It is not to be returned to DEPS Safety & Security Services.