



Crain Orchards, Inc.

Employment Application & Emergency Data Form

Last Name		First Name		Middle Name		Social Security #		Date	
						— —			
Street Address			City		State	Zip	Phone #		Message #
Position Desired			Salary Desired		Are you available for:			Date you can Start	
					Weekends <input type="checkbox"/> Overtime <input type="checkbox"/>				
EMPLOYMENT HISTORY									
Employed From:	To:	Company Name, Address & Phone Number			Job Title & Description		Reason for Leaving		May we contact this employer for a reference
Month	Month								Yes <input type="checkbox"/>
Date	Date								No <input type="checkbox"/>
Year	Year								
									Yes <input type="checkbox"/>
									No <input type="checkbox"/>
									Yes <input type="checkbox"/>
									No <input type="checkbox"/>
Do you have family and/or friends who work for Crain Orchards, Inc.?								YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
If yes, state name(s) and relationship.									
Are you currently employed?								YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
If yes, may we contact your current employer?								YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Whom should we contact in case of an emergency?									
Name		Address			Relationship		Phone #		
Please list 2 personal references									
Name		Address			Phone #		Years Acquainted		
<p>I hereby certify that the answers given by me are true and correct to the best of my knowledge. I understand that any omission or misstatement of material facts on this application or any document used to secure employment shall be grounds for rejection of this application or for immediate discharge if I am employed, regardless of the time elapsed before discovery. I also certify, by my signature below, that I have read and understand the foregoing statement.</p>									
Signature of Applicant								Date	



Crain Orchards, Inc.

Aplicación de Empleo y Datos de Emergencia

Apellido Paterno		Nombre		Nombre Segundo		Numero de Seguro Social		Fecha	
						— —			
Su Domicilio			Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de Teléfono		Teléfono para Mensaje #	
Posición que desea			Salario deseado	Esta disponible para trabajar			Fecha que puede empezar		
				Fin de semana <input type="checkbox"/>					
				Tiempo y medio <input type="checkbox"/>					
HISTORIA DE EMPLEO									
Fechas de empleo		Historia de trabajos, compañía, domicilio y teléfono	¿Descripción de su Empleo Previo?	¿Por cual razón dejó de trabajar?	¿Podemos llamar a este empleador de referencia?				
Desde	Hasta								
					Si <input type="checkbox"/>				
					No <input type="checkbox"/>				
					Si <input type="checkbox"/>				
					No <input type="checkbox"/>				
					Si <input type="checkbox"/>				
					No <input type="checkbox"/>				
¿Tiene familia o amigos que trabajan para Crain Orchards, Inc.?								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si afirmativo, declarar nombre y relación.									
¿Está trabajando ahora?								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Si afirmativo, podemos hablarle con su empleador?								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿En Caso de una emergencia, a quien podemos avisar?									
Nombre		Domicilio			Relación		Teléfono		
Por favor anote dos (2) referencias personales									
Nombre		Domicilio			Teléfono		Años de conocido		
Yo certifico que las respuestas dadas por mi son verdaderas y correctas. Y entiendo que cualquier omisión o cualquier error de la aplicación o de cualquier documento usado para asegurar mi trabajo, puede invalidar mi aplicación, o si estoy trabajando puedo ser despedido. No importa la hora ni el tiempo que sea antes de ser descubierto. Y también certifico, con mi firma que he leído y entiendo los reglamentos.									
Firma								Fecha	