

Date of Birth _____

Place of Birth _____

Office Use Only

Starting \$ _____

Signed _____

Function Enterprises, Inc.

Application for Employment

NAME/NOMBRE:

DATE/ FECHA:

ADDRESS/ DIRECCION:

TELEPHONE NUMBER/ NUMERO DE TELEFONO:

DO YOU HAVE YOU OWN TRANSPORTATION?/ TIENE TRANSPORTACION

(CIRCLE ONE)

YES

NO

EMPLOYMENT REFERENCES: (NAME, ADDRESS, PHONE NUMBER)

1)

2)

3)

SKILLED IN WHAT TYPES OF ROOFING? / EXPERTO EN QUÉ TIPO DE TECHO?

EXPERIENCE/ EXPERIENCIA:

NOTE:

ALL HAND TOOLS REALTED TO THE ROOFING SYSTEM ARE REQUIRED AS A CONDITION FOR EMPLOYMENT. IF THE EMPLOYEE NEEDS TOOLS TO PURSUE HIS TRADE, THEY WILL BE FURNISHED BY FUNCTION ENTERPRISES, INC., AND THE EMPLOYEE WILL BE CHARGED THE FAIR MARKET VALUE FOR THE TOOLS WHICH HAVE BEEN FURNISHED

SIGNATURE OF APPLICANT/ FIRMA DE SOLICITANTE :

PRE-EMPLOYMENT MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

FAMILY DOCTOR:	PHONE NUMBER:
ADDRESS:	
POSITION APPLIED FOR:	

IF YOU ANSWER YES TO ANY QUESTION, PLEASE EXPLAIN ON THE BACK OF APPLICATION BY NUMBER OF QUESTION YOU ARE REFERRING TO, INCLUDING DATES & DOCTORS NAME

		YES	NO
1	Do you have impaired hearing or any speech difficulty which might affect the use of the telephone or transcribing equipment? / ¿Tiene problemas de audición o alguna dificultad para hablar que pueda afectar el uso del teléfono o del equipo de transcripción?		
2	Are you required to wear eye glasses? / ¿Estás obligado a usar anteojos?		
3	Have you ever had any type of problems with you back, knees or ankles? / ¿Alguna vez ha tenido algún tipo de problema con la espalda, las rodillas o los tobillos?		
4	Have you ever had an on the job injury? / ¿Alguna vez ha tenido una herida en el trabajo?		
5	Have you ever been treated for: TB- Heart Problems- Diabetes- Fainting- Seizers- Dizzy Spells- Convulsions/ ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para: TB- Problemas Cardíacos- Diabetes- Desmayos- Convulsions- Mareos- Convulsiones?		
6	Do you have a recurring skins disorder or sensitive skin which prevents you from working with certain materials (example: carbon paper, cleaning fluids, detergents)? / ¿Tiene un trastorno recurrente de la piel o piel sensible que le impide trabajar con ciertos materiales (por ejemplo, papel carbón, líquidos de limpieza, detergentes)?		
7	Are you allergic to anything? / ¿Eres alérgico a algo?		
8	Have you ever been treated for a hernia? If yes, was surgery performed? / ¿Alguna vez ha sido tratado por una hernia? En caso afirmativo, ¿se realizó una cirugía?		
9	Are you taking any type of medication at this time? / ¿Está tomando algún tipo de medicamento en este momento?		
10	Have you ever been in a hospital in the past 5 years? / ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?		
11	Do you have any emotional problem, disorder or excessive fear which might prevent you from working in certain places? / ¿Tiene algún problema emocional, desorden o miedo excesivo que le impide trabajar en ciertos lugares?		
12	Have you ever had an on job back injury? If yes give dates, doctors' name and for whom you were working for. / ¿Alguna vez ha tenido una lesión en la espalda en el trabajo? En caso afirmativo, indique las fechas, el nombre de los médicos y para quién estaba trabajando.		
13	Have you ever, or are you now, receiving any type of disability payments or benefits (retirement, social security, etc.)? / ¿Alguna vez, o está recibiendo, algún tipo de pago o beneficio por discapacidad (jubilación, seguridad social, etc.)?		
14	Do you know of any MEDICAL reason which would prevent you from preforming the job you are applying for at this time? / ¿Conoce alguna razón MÉDICA que le impida realizar el trabajo que está solicitando en este momento?		
15	Give name of doctor, date and for what reason you were last seen. / Dé el nombre del médico, la fecha y por qué razón fue visto por última vez.		