

Aplicación de Empleo



Gracias por considerar a Robert A. Bothman Construction. Damos la bienvenida a su solicitud de empleo.

Para ser formalmente considerado para una apertura de trabajo, una aplicación completa es necesaria. Esta aplicación se mantendrá en archivo por 1 año. Para consideración completa, asegúrese de incluir bastante detalle sobre su educación y experiencia.

Somos contratistas de unión y nos asociamos con los Obreros, Carpinteros, Cementeros y los Operadores.

Participamos en el Programa E-Verify. Proporcionaremos a la Administración del Seguro Social (SSA) y, si es necesario, al Departamento de Seguridad Nacional (DHS), con información del Formulario I-9 de cada nuevo empleado para confirmar la autorización de trabajo.

En Robert A. Bothman Construction nuestro equipo entero está dedicado a lograr la máxima calidad posible en cada proyecto. Somos un servicio completo, Ingeniería General y Contratista de Edificios con las habilidades y experiencia para hacer proyectos un éxito. Nuestra empresa se basa en una base sólida, al igual que nuestros proyectos.

Quality People. Quality Projects.™

Empleador de Oportunidades Iguales

Para ser formalmente considerado para una apertura de trabajo, un aplicación completa es necesaria. Esta aplicación es válida por 1 año. Si necesita una acomodación razonable para completar esta aplicación o en el proceso de solicitud, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos al 408-279-2277.

INFORMACION PERSONAL

Nombre (Primer)	(Apellido)	(Medio)	Número de Seguro Social	
Dirección (Calle)	(Ciudad y Estado)	(Codigo Postal)	Teléfono	Teléfono Celular
Dirección Permanente (Si es diferente de la dirección actual)				
¿Es mayor de 18 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si nó, ¿puede presentar permiso de trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si lo contratan, ¿tendría medios de transporte confiables desde y hacia el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si es contratado, ¿puede proporcionar prueba de su identidad y elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos dentro de 3 días de su contratación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

PUESTO QUE SOLICITA

Posiciones de Construcción/Campo SOLAMENTE: El trabajo de construcción requiere una actividad física extenuante, como escalar varios tramos de escaleras o escaleras sin interrupción, trabajar en alturas, levantar al menos 70 libras, levantar repetidamente, doblarse, agacharse, trabajar de 40 a 60 horas semanales, Y otras actividades extenuantes. ¿Es usted capaz de realizar estas tareas con o sin acomodación razonable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Por favor, marque un (1) posición para la cual está aplicando: <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Carpintero <input type="checkbox"/> Cementero <input type="checkbox"/> Operador	¿Estás registrado con un union? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Profesión y Local: _____
¿Se graduó o está inscrito en un Programa de Aprendizaje de la Unión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estoy Inscrito <input type="checkbox"/> Completado Fecha Completado: _____	

Posición Solicitado:		Años de experiencia en la posición deseada:								
¿Cómo se enteró de esta apertura? Si es referido por un empleado, indique su nombre:		Estas trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es contratado, fecha disponible para comenzar:						
¿Habla, escribe o entiende cualquier otro idioma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿qué idioma (s)?		¿Puedes hacer las funciones esenciales del trabajo que solicitas, con o sin acomodación razonable? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, describe las funciones que no se puede hacer:								
¿Estás disponible para trabajar horas extras, y los fines de semana, si es necesario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Horas Disponibles De a		Sun	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat
¿Tienes una licencia valida de conducir de CA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Tienes una licencia comercial valida de conducir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Posición: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Internado				Salario Deseado: \$						
¿Alguna vez antes, has solicitado trabajo con Bothman? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				¿Alguna vez antes, has trabajado para Bothman? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

¿Alguna vez ha sido terminado como empleado de Bothman por algo mas que falta de trabajo? Si No

EDUCACIÓN

¿Tienes un diploma de escuela secundaria o GED? Si No

ESCUELA	NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA ESCUELA	CURSO DE ESTUDIO	AÑOS COMPLETADOS	GRADUASTE?	DEGREE
ESCUELA SECUNDARIA	Nombre	Requisitos		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diploma
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
VOCACIONAL/ COMERCIO/ ESCUELA TÉCNICA	Nombre			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
UNIVERSIDAD	Nombre			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
OTRO/GRADUADO	Nombre			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				

¿Tienes algun otra experiencia, entrenamiento, calificación o habilidad que usted siente que le hace especialmente adecuado para este posición?

Si No

En caso que si, explique porfavor:

¿Tienes algun licencia y/o certificación para el trabajo que solicita? Si No

de licencia/certificación: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____

de licencia/certificación: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____

de licencia/certificación: _____ Estado: _____ Fecha de Expiración: _____

HISTORIA DEL EMPLEO

Por favor complete en detalle comenzando con su empleador mas reciente. Anote TODOS los empleos (últimos 10 años) y explique cualquier momento sin trabajo. Toda la información debe ser completada incluso si se adjunta un resumen.

FECHAS DE EMPLEO	INFORMACION DEL EMPLEADOR		REPORTADO	RAZONES DE SALIR
De	Nombre		Nombre de Supervisor	
Hasta	Tipo de Negocio	Posición	Título	
Dirección				

Responsabilidades

Por favor complete en detalle comenzando con su empleador mas reciente. Anote TODOS los empleos (últimos 10 años) y explique cualquier momento sin trabajo. Toda la información debe ser completada incluso si se adjunta un resumen.

FECHAS DE EMPLEO	INFORMACION DEL EMPLEADOR	REPORTADO	RAZONES DE SALIR
De	Nombre	Nombre de Supervisor	
Hasta	Tipo de Negocio	Posición	Titulo
Dirección			
Responsabilidades			

Por favor complete en detalle comenzando con su empleador mas reciente. Anote TODOS los empleos (últimos 10 años) y explique cualquier momento sin trabajo. Toda la información debe ser completada incluso si se adjunta un resumen.

FECHAS DE EMPLEO	INFORMACION DEL EMPLEADOR	REPORTADO	RAZONES DE SALIR
De	Nombre	Nombre de Supervisor	
Hasta	Tipo de Negocio	Posición	Titulo
Dirección			
Responsabilidades			

Por favor complete en detalle comenzando con su empleador mas reciente. Anote TODOS los empleos (últimos 10 años) y explique cualquier momento sin trabajo. Toda la información debe ser completada incluso si se adjunta un resumen.

FECHAS DE EMPLEO	INFORMACION DEL EMPLEADOR	REPORTADO	RAZONES DE SALIR
De	Nombre	Nombre de Supervisor	
Hasta	Tipo de Negocio	Posición	Titulo
Dirección			
Responsabilidades			

REFERENCIAS

Anote debajo tres personas que no son parientes de usted, y que tienen conocimiento de su desempeño en el trabajo en los últimos 5 años.

Nombre	Numero #	Ocupación	# Años Conocidos
Nombre	Numero #	Ocupación	# Años Conocidos
Nombre	Numero #	Ocupación	# Años Conocidos

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE: _____

Nombre

Numero

Relación

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DEL SOLICITANTE

Por la presente certifico que no he ocultado ninguna información que pudiera afectar adversamente mis oportunidades de empleo y que las respuestas dadas por mí son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Además, certifico que entiendo que cualquier omisión o error de hecho material en esta solicitud o en cualquier documento usado para asegurar el empleo será motivo de rechazo de esta solicitud o para la descarga inmediata si soy empleado, independientemente del tiempo transcurrido antes del descubrimiento.

Autorizo a Robert A. Bothman Construction a investigar completamente mis referencias, historial de trabajo, educación y otros asuntos relacionados con mi calificación para el empleo y, además, autorizo las referencias que he enumerado para revelar a la compañía todas y cada una de las reportes, informes y otra información relacionada con mis registros de trabajo, sin darme aviso previo de tal divulgación. Autorizo a esta Compañía a contactar a cualquiera de mis anteriores empleadores, instituciones educativas, referencias (excepto como se indique lo contrario), agencias públicas o privadas que me hayan expedido una certificación o licencia profesional o vocacional (incluyendo la licencia de conducir si solicita una posición que requiere la conducción de vehículos o la operación de equipo pesado), y autorizo a todas estas partes a proporcionar cualquier información sobre mi empleo anterior, educación o certificación. Libero a las partes que proporcionan información y Robert A. Bothman Construction de todas las reclamaciones y responsabilidades de cualquier naturaleza derivadas de tales investigaciones o el suministro de información para tales investigaciones.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que el empleo es "A Voluntad", lo que significa que el empleo puede ser terminado por mí mismo o por la Compañía en cualquier momento, con o sin causa, y con o sin previo aviso. También entiendo y acepto que la Compañía se reserva el derecho de degradar, transferir, cambiar mis obligaciones laborales y mi compensación en cualquier momento, con o sin previo aviso y con o sin causa a su sola discreción. Entiendo que, aparte del Presidente, ningún gerente, supervisor o otro representante de la Compañía tiene autoridad para hacer cualquier acuerdo, expreso o implícito, para el empleo por un período especificado de tiempo o para hacer cualquier acuerdo para el empleo que no sea "a voluntad". Sé que esta política de empleo "a voluntad" no puede ser enmendada, modificada o alterada en forma alguna por declaraciones orales o de cualquier otra forma, y sólo puede ser modificada en escrita firmada por el Presidente de la Compañía, indicando que es una modificación de mi estado de voluntad.

Entiendo que, de acuerdo a la ley, todos los individuos contratados deben, como condición de empleo, producir cierta documentación para verificar su identidad y autorización legal para trabajar en los Estados Unidos. Como consecuencia, entiendo que cualquier oferta de empleo estaría supeditada a mi capacidad para producir la documentación dentro del tiempo requerido por la ley. Entiendo que la Compañía cumple con la ADA y considera medidas de acomodación razonables que pueden ser necesarias para que los solicitantes/empleados elegibles puedan desempeñar funciones esenciales. Las contrataciones pueden estar sujetas a pasar un examen médico, y pruebas de habilidad y agilidad. Entiendo además que **ROBERT A. BOTHMAN CONSTRUCTION MANTIENE UN LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS y que cualquier oferta de empleo depende de mi habilidad para pasar exitosamente un examen de drogas.**

Si estoy contratado, acepto cumplir con todas las políticas y procedimientos establecidos por la Compañía. Acepto no revelar información confidencial de la Compañía a nadie fuera de la Compañía y que las invenciones, patentes y material con derechos de autor generado por mí en el transcurso de mi empleo son propiedad exclusiva de Robert A. Bothman Construction.

He leído cuidadosamente todo lo anterior y yo voluntariamente concedo la liberación anterior. También estoy de acuerdo en que si soy contratado será requerido y cumpliré con todas las reglas y regulaciones de la compañía.

Firma del Aplicante: _____

Fecha: _____

Registro de Datos del Solicitante

Robert A. Bothman Construction, Inc. es un empleador de igualdad de oportunidades/acción afirmativa y considera todas las decisiones laborales sin tener en cuenta raza, color, religión, género, origen nacional, ciudadanía, edad, discapacidades mentales o físicas, el estatus de veterano, o otras características cubiertos por la ley EEO federales, estatales o locales aplicables. De acuerdo con esta filosofía y en un esfuerzo por cumplir con las reglas federales y estatales para el empleo con igualdad de oportunidades, le pedimos que proporcione la información solicitada a continuación.

Aunque proporcionar esta información es opcional por su parte, le agradeceríamos que llene este formulario. Proporcionar esta información es estrictamente voluntario y no será la base de cualquier decisión de empleo. Si decides no proporcionar esta información, no le someterá a ningún tratamiento adverso. Tenga en cuenta que la información proporcionada se mantendrá separado de su solicitud y/o archivo de personal.

Cumplimos con las regulaciones gubernamentales y las responsabilidades de Acción Afirmativa. Por favor, ayúdenos a cumplir con el mantenimiento de registros gubernamental, informes y otros requisitos legales llenando este formulario. Apreciamos tu cooperación.

Apellido	Primer Nombre	Fecha	Posición que Solicita
Marque Uno <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Marque lo Aplicable(s) <input type="checkbox"/> Veterano de Era de Vietnam <input type="checkbox"/> Veterano Incapacitado <input type="checkbox"/> Veterano con Medalla de Servicio en las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Veterano Recientemente Separado Fecha de separación:	
Marque lo Aplicable(s) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americana <input type="checkbox"/> Native Hawaiiano o Otro Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Norteamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o mas Razas (No Hispano o Latino)			

Significados de Raza o Etnicidad:

Hispano o Latino - Una persona de cultura o origen Cubana, Mexicana, Puerto Riquena, Sudamericana, Centroamericana u otra cultura Española sin importar la raza.

Blanco (No Hispano o Latino) - Una persona con orígenes de cualquier gente originaria de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.

Negro o Afro-Amricano (No Hispano o Latino) - Una persona con origen de cualquier grupo de raza negra de África.

Nativo Hawaiiano u otro Isleño Pacífico (no Hispano o Latino) - Una persona que tiene origen de cualquier gente de Hawaii, Guam, Samoa, O de otras Islas Pacíficas.

Asiático (no Hispano o Latino) - Una persona con orígenes de cualquier gente originaria del Lejano Oriente, Sudeste de Asia, o el Subcontinente de India, incluyendo, por ejemplo; Camboya, China, India, Japan, Corea, Malasia, Pakistan, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Indio America no o Nativo de Alaska (No Hispano o Latino) - Una persona con origen de cualquier gente originaria de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo Centro América), y que mantiene afiliación tribal de o la fijación a la comunidad.

Dos o Mas Razas (No Hispano o Latino) - Todas personas que se identifican con mas de una de las cinco razas antes mencionadas.

Definiciones:

(1) El Veterano Incapacitado-Veterano discapacitado- (1) Un veterano del servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. Que tiene derecho a una indemnización (o quien, excepto por el recibo del salario militar jubilado, tendría derecho a compensación) bajo las leyes administradas por el Secretario de Veterans Affairs, o (2) Una persona que fue dada de alta o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

(2) Veterano Activo en tiempo de Guerra o Insignias de Campaña: un veterano que estuvo en servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. Durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual se ha autorizado una insignia de campaña según las leyes. administrado por el Departamento de Defensa.

(3) Medalla del Servicio de las Fuerzas Armadas Veteranos -Veteranos que, mientras estaban en servicio activo en las Fuerzas Armadas, participaron en una operación militar de los Estados Unidos por la cual se otorgó una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas de conformidad con la Orden Ejecutiva 12985; y

(4) Veteranos recientemente separados-dentro de los 36 meses posteriores al alta o la liberación en servicio activo.

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- | | | | |
|-----------|----------------------|---|--|
| Ceguera | • Autismo | • Trastorno bipolar | • Trastorno de estrés postraumático (TEPT) |
| Sordera | • Parálisis cerebral | • Depresión aguda | • Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Cáncer | • VIH/SIDA | • Esclerosis múltiple (EM) | • Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Diabetes | • Esquizofrenia | • Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades | • Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental) |
| Epilepsia | • Distrofia muscular | | |

Favor marcar una de las casillas siguientes:

SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)

NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD

NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.



18344 Oxnard St. Suite #101
Tarzana, CA 91356
Tel: 866-570-4949 | Fax: 866-570-5656
clientservices@wescreenusa.com

Disclosure And Authorization For Consumer Reports

Disclosure

In connection with my application for employment (including contract or volunteer services) or application for tenancy with _____, at _____, I understand consumer reports will be requested by you ("Company"). These reports may include, as allowed by law, the following types of information, as applicable: names and dates of previous employers, reason for termination of employment, work experience, reasons for termination of tenancy, former landlords, education, accidents, licensure, credit, etc. I further understand that such reports may contain public record information such as, but not limited to: my driving record, judgments, bankruptcy proceedings, evictions, criminal records, etc., from federal, state, and other agencies that maintain such records.

In addition, investigative consumer reports (gathered from personal interviews, as applicable, with former employers or landlords, past or current neighbors and associates of mine, etc.) to gather information regarding my work or tenant performance, character, general reputation and personal characteristics, and mode of living (lifestyle) may be obtained.

Authorization

I hereby authorize procurement of consumer report(s) and investigative consumer report(s) by Company. If hired (or contracted), this authorization shall remain on file and shall serve as ongoing authorization for Company to procure such reports at any time during my employment, contract, or volunteer period. I authorize without reservation, any person, business or agency contacted by the consumer reporting agency to furnish the above-mentioned information.

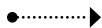
This authorization is conditioned upon the following representations of my rights:

I understand that I have the right to make a request to the consumer reporting agency: Background Screeners of America ("Agency"), 18344 Oxnard Street, Ste. 101, Tarzana, CA 91356, telephone number 866-570-4949, upon proper identification, to obtain copies of any report furnished to Company by the Agency and to request the nature and substance of all information in its files on me at the time of my request. The request includes the sources of information and the Agency, on Company's behalf, to provide a complete and accurate disclosure of the nature and scope of the investigation covered by any investigative consumer report(s). The Agency will also disclose the recipients of any such reports on me which the Agency has previously furnished within the two year period for employment requests, and one year for other purposes preceding my request (California three years). I hereby consent to Company obtaining the above information from the Agency. I understand that I can dispute, at any time, any information that is inaccurate in any type of report with the Agency. I may view the Agency's privacy policy at their website: www.wescreenusa.com

California, Minnesota and Oklahoma Residents:

I understand that if the Company is located in California, Minnesota or Oklahoma, that I have the right to request a copy of any report Company receives on me at the time the report is provided to Company. By checking the following box, I request a copy of all such reports be sent to me. Check here:

I have read and I understand this page.



_____ Applicant Initials

California Applicants:

As a California applicant, I understand that I have the right under Section 1786.22 of the California Civil Code to contact the Agency during reasonable hours (9:00 a.m. to 5:00 p.m. (PTZ) Monday through Friday) to obtain all information in Agency's file for my review. I may obtain such information as follows: 1) In person at the Agency's offices, which address is listed above. I can have someone accompany me to the Agency's offices. Agency may require this third party to present reasonable identification. I may be required at the time of such visit to sign an authorization for the Agency to disclose to or discuss Agency's information with this third party; 2) By certified mail, if I have previously provided identification in a written request that my file be sent to me or to a third party identified by me; 3) By telephone, if I have previously provided proper identification in writing to Agency; and 4) Agency has trained personnel to explain any information in my file to me and if the file contains any information that is coded, such will be explained to me.

New York Applicants:

I understand that if I am applying for employment in New York, that I have the right to receive a copy of Article 23-A of the New York Correction Law _____(initial if this applies).

Washington Applicants:

I understand that if the report is provided to an employer in the State of Washington, that I can contact the following office for more information regarding my rights under Washington state law in regard to these reports: State of Washington Attorney General, Consumer Protection Division, 800 5th Ave, Ste. 2000, Seattle, Washington 98104-3188, (206) 464-7744.

Please complete all of the fields below:

I understand that I have rights under the Fair Credit Reporting Act and I acknowledge receipt of the Summary of Rights.

Last Name:	First:	Middle: Please check box if you do not have a middle name.
Social Security #:		Date of Birth:
Email: (This is a required Field)		
Current Address:		Previous Address:
Street:		Street:
Apt or Unit #:		Apt or Unit #:
City:	State:	Zip:
City:	State:	Zip:
Drivers Lic. #:		State Issuing:
Former Name/Alias:		

X _____
Applicant Signature

Date: _____

Para informacion en espanol, visite www.consumerfinance.gov/learnmore o escribe a la Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.

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.consumerfinance.gov/learnmore or write to: Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.

- **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 identity theft and place a fraud alert in your file;
 - your file contains inaccurate information as a result of fraud;
 - you are on public assistance;
 - you are unemployed but expect to apply for employment within 60 days.

In addition, all consumers are entitled to one free disclosure every 12 months upon request from each nationwide credit bureau and from nationwide specialty consumer reporting agencies. See www.consumerfinance.gov/learnmore for additional information.

- **You have the right to ask for a credit score.** Credit scores are numerical summaries of your credit-worthiness based on information from credit bureaus. You may request a credit score from consumer reporting agencies that create scores or distribute scores used in residential real property loans, but you will have to pay for it. In some mortgage transactions, you will receive credit score information for free from the mortgage lender.
- **You have the right to dispute incomplete or inaccurate information.** If you identify information in your file that is incomplete or inaccurate, and report it to the consumer reporting agency, the agency must investigate unless your dispute is frivolous. See www.consumerfinance.gov/learnmore for an explanation of dispute procedures.
- **Consumer reporting agencies must correct or delete inaccurate, incomplete, or unverifiable information.** Inaccurate, incomplete or unverifiable information must be removed or corrected, usually within 30 days. However, a consumer reporting agency may continue to report information it has verified as accurate.
- **Consumer reporting agencies may not report outdated negative information.** In most cases, a consumer reporting agency may not report negative information that is more than seven years old, or bankruptcies that are more than 10 years old.
- **Access to your file is limited.** A consumer reporting agency may provide information about you only to people with a valid need - usually to consider an application with a creditor, insurer, employer, landlord, or other business. The FCRA specifies those with a valid need for access.
- **You must give your consent for reports to be provided to employers.** A consumer reporting agency may not give out information about you to your employer, or a potential employer, without your written consent given to the employer. Written consent generally is not required in the trucking industry. For more information, go to www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **You may limit "prescreened" offers of credit and insurance you get based on information in your credit report.** Unsolicited "prescreened" offers for credit and insurance must include a toll-free phone number you can call if you choose to remove your name and address from the lists these offers are based on. You may opt-out with the nationwide credit bureaus at 1-888-567-8688.
- **You may seek damages from violators.** If a consumer reporting agency, or, in some cases, a user of consumer reports or a furnisher of information to a consumer reporting agency violates the FCRA, you may be able to sue in state or federal court.
- **Identity theft victims and active duty military personnel have additional rights.** For more information, visit www.consumerfinance.gov/learnmore.

Applicant Copy

States may enforce the FCRA, and many states have their own consumer reporting laws. In some cases, you may have more rights under state law. For more information, contact your state or local consumer protection agency or your state Attorney General. For information about your federal rights, contact:

TYPE OF BUSINESS:	CONTACT:
<p>1.a. Banks, savings associations, and credit unions with total assets of over \$10 billion and their affiliates. b. Such affiliates that are not banks, savings associations, or credit unions also should list, in addition to the Bureau:</p>	<p>a. Bureau of Consumer Financial Protection 1700 G Street NW Washington, DC 20006 b. Federal Trade Commission: Consumer Response Center - FCRA Washington, DC 20580 (877) 382-4357</p>
<p>2. To the extent not included in item 1 above:</p> <p>a. National banks, federal savings associations, and federal branches and federal agencies of foreign banks b. State member banks, branches and agencies of foreign banks (other than federal branches, federal agencies, and insured state branches of foreign banks), commercial lending companies owned or controlled by foreign banks, and organizations operating under section 25 or 25A of the Federal Reserve Act c. Nonmember Insured Banks, Insured State Branches of Foreign Banks, and insured state savings associations d. Federal Credit Unions</p>	<p>a. Office of the Comptroller of the Currency Customer Assistance Group 1301 McKinney Street, Suite 3450 Houston, TX 77010-9050 b. Federal Reserve Consumer Help Center P.O. Box 1200 Minneapolis, MN 55480 c. FDIC Consumer Response Center 1100 Walnut Street, Box #11 Kansas City, MO 64106 d. National Credit Union Administration Office of Consumer Protection (OCP) Division of Consumer Compliance and Outreach (DCCO) 1775 Duke Street Alexandria, VA 22314</p>
<p>3. Air carriers</p>	<p>Asst. General Counsel for Aviation Enforcement & Proceedings Department of Transportation 400 Seventh Street SW Washington, DC 20590</p>
<p>4. Creditors Subject to Surface Transportation Board</p>	<p>Office of Proceedings, Surface Transportation Board Department of Transportation 1925 K Street NW Washington, DC 20423</p>
<p>5. Creditors Subject to Packers and Stockyards Act</p>	<p>Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration 406 Third Street, SW, 8th Floor Washington, DC 20416</p>
<p>6. Small Business Investment Companies</p>	<p>Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration 406 Third Street, SW, 8th Floor Washington, DC 20416</p>
<p>7. Brokers and Dealers</p>	<p>Securities and Exchange Commission 100 F St NE Washington, DC 20549</p>
<p>8. Federal Land Banks, Federal Land Bank Associations, Federal Intermediate Credit Banks, and Production Credit Associations</p>	<p>Farm Credit Administration 1501 Farm Credit Drive McLean, VA 22102-5090</p>
<p>9. Retailers, Finance Companies, and All Other Creditors Not Listed Above</p>	<p>FTC Regional Office for region in which the creditor operates or Federal Trade Commission: Consumer Response Center - FCRA Washington, DC 20580 (877) 382-4357</p>

Applicant Copy