

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. TM

Aplicación de Empleo

Fecha de Aplicación

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? ☐ Si ☐ No		Si nó, ¿puede presentar permiso de trabajo? ☐ Si ☐ No		
Si lo contratan, ¿tendría medios de transporte confiables desde y hacia el trabajo? ☐ Si ☐ 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? ☐ Si ☐ 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? ☐ Si ☐ No	
Por favor, marque un (1) posición para la cual está aplicando: ☐ Obrero ☐ Carpintero ☐ Cementero ☐ Operador	¿Estás registrado con un union? ☐ Si ☐ No Profesión y Local: _____
¿Se graduó o está inscrito en un Programa de Aprendizaje de la Unión? ☐ Si ☐ No ☐ Estoy Inscrito ☐ 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? ☐ Si ☐ No		Si es contratado, fecha disponible para comenzar:	
¿Habla, escribe o entiende cualquier otro idioma? ☐ Si ☐ No ¿qué idioma (s)?				¿Puedes hacer las funciones esenciales del trabajo que solicitas, con o sin acomodación razonable? ☐ Si ☐ 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? ☐ Si ☐ No							
Horas Disponibles De a	Sun	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat
¿Tienes una licencia valida de conducir de CA? ☐ Si ☐ No				¿Tienes una licencia comercial valida de conducir? ☐ Si ☐ No			
Posición: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Internado				Salario Deseado: \$			
¿Alguna vez antes, has solicitado trabajo con Bothman? ☐ Si ☐ No				¿Alguna vez antes, has trabajado para Bothman? ☐ Si ☐ No			

Aplicación de Empleo

¿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		☐ Si ☐ No	Diploma
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
VOCACIONAL/ COMERCIO/ ESCUELA TÉCNICA	Nombre			☐ Si ☐ No	
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
UNIVERSIDAD	Nombre			☐ Si ☐ No	
	Dirección				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
OTRO/GRADUADO	Nombre			☐ Si ☐ 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	Titulo		
Dirección					

Aplicación de Empleo

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	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	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	Título		
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

Aplicación de Empleo

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: _____

Aplicación de Empleo

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 veteran, o otros 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 ☐ Masculino ☐ Femenino		Marque lo Aplicable(s) ☐ Veterano de Era de Vietnam ☐ Veterano Incapacitado ☐ Veterano con Medalla de Servicio en las Fuerzas Armadas ☐ Veterano Recientemente Separado Fecha de separación:	
Marque lo Aplicable(s) ☐ Hispano o Latino ☐ Blanco ☐ Negro o Afro-Americana ☐ Native Hawaiian o Otro Isleño Pacífico ☐ Asiático ☐ Indio Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ 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-Americano (No Hispano o Latino) - Una persona con origen de cualquier grupo de raza negra de África.

Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacífico (no Hispano o Latino) - Una persona que tiene origen de cualquier gente de Hawái, 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, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Indio Americano 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.

Declaración voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305
Página 1 de 1

Número de Control OMB 1250-0005
Expira el 31/07/2029

Nombre: _____
Identificación del empleado: _____
(si procede)

Fecha: _____

¿Por qué se le pide que rellene este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal. La ley nos obliga a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas con discapacidad cualificadas. Nuestro objetivo es que al menos el 7% de nuestros trabajadores sean personas con discapacidad. La ley dice que debemos medir nuestro progreso hacia este objetivo. Para ello, debemos preguntar a los solicitantes y a los empleados si tienen o han tenido alguna discapacidad. Las personas pueden convertirse en discapacitadas, por lo que debemos hacer esta pregunta al menos cada cinco años.

Rellenar este formulario es voluntario y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta es confidencial. Nadie que tome decisiones de contratación la verá. Su decisión de rellenar el formulario y su respuesta no le perjudicarán en modo alguno. Si desea obtener más información sobre la ley o este formulario, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo saber si tiene una discapacidad?

Una discapacidad es una condición que limita sustancialmente una o más de sus "actividades vitales principales". Si tiene o ha tenido alguna vez una afección de este tipo, usted es una persona con discapacidad. **Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:**

- Trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias (sin consumir drogas ilegalmente en la actualidad)
- Trastorno autoinmune, por ejemplo, lupus, fibromialgia, artritis reumatoide, VIH/sida
- Ceguera o problemas de visión
- Cáncer (pasado o presente)
- Enfermedad cardiovascular o del corazón
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o dificultades auditivas graves
- Diabetes
- Desfiguración, por ejemplo, desfiguración causada por quemaduras, heridas, accidentes o trastornos congénitos
- Epilepsia u otro trastorno convulsivo
- Trastornos gastrointestinales, por ejemplo, enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual o del desarrollo
- Enfermedades mentales, por ejemplo, depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático
- Ausencia total o parcial de miembros
- Problemas de movilidad que requieran el uso de una silla de ruedas, un escúter, un andador, una pierna ortopédica u otros dispositivos de apoyo
- Afección del sistema nervioso, por ejemplo, migrañas, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple (EM)
- Neurodivergencia, por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, dislexia, dispraxia u otras dificultades de aprendizaje
- Parálisis parcial o total (por cualquier causa)
- Afecciones pulmonares o respiratorias, por ejemplo, tuberculosis, asma, enfisema
- Baja estatura (enanismo)
- Lesión cerebral traumática

Marque una de las casillas siguientes:

- ☐ Sí, tengo una discapacidad o la he tenido en el pasado
- ☐ No, no tengo ninguna discapacidad ni la he tenido en el pasado
- ☐ No quiero contestar

DECLARACIÓN PÚBLICA DE CARGA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería completarse en unos 5 minutos.

Para Uso Exclusivo del Empleado

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario según sea necesario a efectos de mantenimiento de registros.

Por ejemplo:

Título del puesto: _____ Fecha de contratación: _____



Disclosure

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.

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.

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

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: ☐

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: _____

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.

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:
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:	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
2. To the extent not included in item 1 above: 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	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
3. Air carriers	Asst. General Counsel for Aviation Enforcement & Proceedings Department of Transportation 400 Seventh Street SW Washington, DC 20590
4. Creditors Subject to Surface Transportation Board	Office of Proceedings, Surface Transportation Board Department of Transportation 1925 K Street NW Washington, DC 20423
5. Creditors Subject to Packers and Stockyards Act	Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration 406 Third Street, SW, 8th Floor Washington, DC 20416
6. Small Business Investment Companies	Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration 406 Third Street, SW, 8th Floor Washington, DC 20416
7. Brokers and Dealers	Securities and Exchange Commission 100 F St NE Washington, DC 20549
8. Federal Land Banks, Federal Land Bank Associations, Federal Intermediate Credit Banks, and Production Credit Associations	Farm Credit Administration 1501 Farm Credit Drive McLean, VA 22102-5090
9. Retailers, Finance Companies, and All Other Creditors Not Listed Above	FTC Regional Office for region in which the creditor operates or Federal Trade Commission: Consumer Response Center - FCRA Washington, DC 20580 (877) 382-4357

Applicant Copy

AVISO A LOS SOLICITANTES/EMPLEADOS

Tenga en cuenta que Robert A. Bothman, Inc. recopila cierta información personal sobre usted. Este aviso describe las categorías de información personal que recopila la Compañía y los fines para los que se utilizan de acuerdo con la Ley de Privacidad del Consumidor de California (CCPA) y la Ley de Derechos de Privacidad de California (CPRA).

La ley otorga a los solicitantes y empleados de California ciertos derechos con respecto a la información personal recopilada de ellos, incluidos los derechos:

- Para eliminar información personal.
- Para corregir información personal inexacta.
- Para acceder a la información personal.
- Saber qué información personal se comparte y con quién.
- Optar por no compartir información personal.
- Para limitar el uso y la divulgación de información personal sensible.
- No ser discriminado ni sufrir represalias por ejercer los derechos que le otorga la ley.

Estamos recopilando la siguiente información:

- Identificadores, como nombre, identificador emitido por el gobierno (p. ej., número de Seguro Social (SSN)) e identificadores únicos (p. ej., ID de empleado);
- Información personal, como nombre real, firma, SSN, características físicas o descripción, dirección, número de teléfono, número de pasaporte, número de licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal, identificación federal que autoriza a trabajar en los Estados Unidos, acceso y/o claves de acceso, póliza de seguro número, educación, empleo, historial de empleo, número de cuenta bancaria, otra información financiera, información médica o información de seguro de salud;
- Características de clasificaciones protegidas bajo la ley federal o de California, como edad, estado civil, género, sexo, raza, color, discapacidad, ciudadanía, idioma principal, estado migratorio, estado militar/veterano, discapacidad, solicitud de licencia y condiciones médicas;
- Información comercial, como información de transacciones e historial de compras (p. ej., en relación con reembolsos de gastos);
- información sobre la actividad de Internet o de la red, como el historial de navegación y las interacciones con nuestros sistemas y sitios web en línea, y cualquier información personal que proporcione al acceder a los sistemas informáticos de la Compañía, como la información personal de la tarjeta de crédito y las contraseñas;
- Datos de geolocalización, como la ubicación del dispositivo al usar los dispositivos de la Compañía;
- Información biométrica de la conexión a los puntos de acceso seguros de la Compañía;
- Información de audio, electrónica, visual y similar;
- Información profesional o relacionada con el empleo, como historial laboral, empleadores anteriores, datos presentados en solicitudes de empleo, licencias profesionales, títulos, verificaciones de antecedentes, registros de desempeño y disciplinarios, compensación, beneficios y permisos de ausencia;
- información educativa no pública;
- Inferencias extraídas de cualquiera de los datos personales y confidenciales enumerados anteriormente para crear un perfil o resumen sobre, por ejemplo, las preferencias y características de una persona; y
- Otro.

La Compañía recopila información sobre usted de las siguientes fuentes:

- Tú;
- Empleadores anteriores, referencias, reclutadores y plataformas de redes sociales relacionadas con el trabajo;
- Fuentes de información demográfica de terceros;
- Empresas de terceros, como empresas de verificación de antecedentes, instalaciones de pruebas de drogas, organizaciones de concesión de licencias y acreditación; y
- Administradores e investigadores de reclamos.

Dependiendo de las interacciones de la Compañía con usted, podemos recopilar o no toda la información identificada sobre usted.

Podemos utilizar información personal y confidencial para los siguientes fines:

- Reclutar y retener empleados.
- Recopilación y procesamiento de solicitudes de empleo, incluida la confirmación de elegibilidad para el empleo, verificaciones de antecedentes y relacionadas, y la incorporación.
- Administración de planes y programas de beneficios para empleados.
- Administración de excedencias.
- Administración y cumplimiento de compensaciones, incluyendo nómina, bonos, reembolsos, etc.
- Mantener registros de personal y cumplir con los requisitos de retención de registros.
- Comunicarse con los empleados y/o los contactos de emergencia de los empleados y los beneficiarios del plan.
- Facilitar y administrar el uso de la propiedad y los recursos de la empresa, incluidos los sistemas de información, los dispositivos electrónicos, la red y los datos de la empresa, y prevenir el acceso no autorizado a los mismos.
- Cumplimiento de la seguridad y salud en el trabajo.
- Asegurar la productividad de los empleados y el cumplimiento de las políticas.
- Investigar quejas, quejas y sospechas de violaciones de la política.
- Cumplir con las leyes estatales y federales aplicables, incluidas las leyes laborales, laborales, impositivas, de beneficios, de compensación laboral, de discapacidad, de igualdad de oportunidades en el empleo, de seguridad en el lugar de trabajo y relacionadas.
- Ejercicio y defensa de reclamaciones legales.

Es posible que hayamos utilizado o no información personal y confidencial sobre usted para cada uno de los fines anteriores.

A los fines de la CCPA/CPRA, la Compañía no vende ni comparte información personal o información personal confidencial de los solicitantes de empleo o empleados.

La Compañía conserva la información que recibe sobre usted durante un período de 7 años, a menos que las leyes federales o de California exijan un período más corto o más largo.

Comuníquese con: Lysette Tejeda, Gerente de Recursos Humanos, al 408-891-5840, ltejeda@bothman.com, o al 2690 Scott Blvd., Santa Clara, CA 95050 para consultas sobre la política de privacidad de la Compañía, o para enviar sus solicitudes de información, eliminación o corrección.

Puede revisar la política de privacidad de la Compañía en la siguiente dirección: 2690 Scott Blvd., Santa Clara, CA 95050