

Dieudonne empresas
5800 River Oaks Road S
Harahan, LA 70123

SÓLO PARA USO DE OFICINA
Fecha de contratación:
Posición:
Tasa de pago:
Supervisor:

SOLICITUD DE EMPLEO

Válido por 60 días desde la fecha a menos que renovó en persona

PERSONAL

Fecha de solicitud: _____

Name: _____ S.S.# _____ DOB: _____

Address: _____ Phone _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

¿Eres mayor de 18 años de edad? Sí _____ No _____

¿Ha nunca se ha enlazado: no sí _____ si sí, con lo que los empleadores? (Sólo si respuesta releated de empleo)

¿En los últimos 7 años, ha han condenado por practiquen distintos de una violación de tráfico menores? No _____ sí _____ ningún detalle explicativo: _____

GENERAL

Posición deseada: _____ fecha disponible para work _____

Estado de elegibilidad de empleo

¿Son elegibles para trabajar legalmente en los Estados Unidos? Sí _____ No _____

(Prueba del estatuto de ciudadanía o inmigración es necesaria al empleo)

Educación

	Nombres de escuela	ubicación	años asistió a grado
Grade School	_____		
High School	_____		
College	_____		
Trade School	_____		

Servicio militar (respuesta si trabajo relacionados con la experiencia y

Branch of Service: _____ From: _____ To: _____ Duties: _____

Historia de empleo: La lista a continuación todos su empleo anterior. Cuenta por todo tu tiempo incluyendo períodos de desempleo. (Si usted ha estado ajena, por favor dar detalles tales como el nombre de la empresa, ubicación y por qué dejó de negocios). Comenzar con su más reciente trabajo y trabajar de nuevo.

Compañía:	_____	tipo de negocio:	_____
Dirección:	_____	teléfono:	_____
Fecha empezado:	_____	fecha dejó:	_____
posición:	_____		
Supervisores de nombre:	_____	salario Final:	_____
Descripción de las funciones:	_____		
Razón para abandonar:	_____		
Compañía:	_____	tipo de negocio:	_____
Dirección:	_____	teléfono:	_____
Fecha empezado:	_____	fecha dejó:	_____
posición:	_____		
Supervisores de nombre:	_____	salario Final:	_____
Descripción de las funciones:	_____		
Razón para abandonar:	_____		

Compañía: _____ tipo de negocio: _____
Dirección: _____ teléfono: _____
Fecha empezado: _____ fecha dejó: _____ posición: _____
Supervisores de nombre: _____ salario Final: _____
Descripción de las funciones: _____
Razón para abandonar: _____

Compañía: _____ tipo de negocio: _____
Dirección: _____ teléfono: _____
Fecha empezado: _____ fecha dejó: _____ posición: _____
Supervisores de nombre: _____ salario Final: _____
Descripción de las funciones: _____
Razón para abandonar: _____

Compañía: _____ tipo de negocio: _____
Dirección: _____ teléfono: _____
Fecha empezado: _____ fecha dejó: _____ posición: _____
Supervisores de nombre: _____ salario Final: _____
Descripción de las funciones: _____
Razón para abandonar: _____

Sírvase explicar los períodos de desempleo (a excepción del servicio militar) _____

¿Se nunca han finalizado o pidió a renunciar a un trabajo? No _____ sí _____

If yes explain: _____

PÁGINA DE INFORMACIÓN DE EMPLEADO

En caso de una emergencia

Nombre del empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS# o ID # _____

Persona de contacto de emergencia: _____

Relación: _____ teléfono # _____

Información del empleado:

Cualquier alergia conocida: _____

Lista de cirugías previas: _____

Lista de medicamentos que está tomando: _____

Enumere todas las demás condiciones que deberíamos saber acerca de: _____

Signatura

Fecha de firma



1001 North 23rd Street
Post Office Box 44187
Baton Rouge, LA 7080-4187

(O) 225-342-7866
800-201-2493
(F) 225-219-5968

Bobby Jindal, Gobernador
Curt Eysink, Director Ejecutivo

Oficina De Administración De Compensación De Trabajadores
Junta De Segunda Lesión

LA OWCA Cuestionario Para La Junta De Segunda Lesión

El siguiente cuestionario debe llenarse únicamente por quiénes han sido contratados para el empleo. Su empleador puede solicitar que llene este cuestionario seguido de su contratación y también periódicamente a partir de su contratación.

Este cuestionario puede usarse al establecer conocimiento previo con el fin de obtener socorro del Fondo De Segunda Lesión de la Junta de Segunda Lesión. La Junta De Segunda Lesión puede reembolsar a su empleador para reclamos de compensación de trabajadores que estén a la altura de los criterios establecidos en caso de lesión en el trabajo. Este reembolso no afecta de ninguna manera los beneficios que usted merece de su empleador ni de su compañía de seguro bajo la Ley de Louisiana de Compensación de Trabajadores, La. R.S. 23: 1021-1361.

ADVERTENCIA

EL NO CONTESTAR DE FORMA EXACTA Y VERAZ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN PÉRDIDA DE DERECHO A LOS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES BAJO LA R.S. 23: 1208.1.

Empleador: Dieudonne Enterprises, Inc.

Nombre de Empleado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre: ____ Mujer: ____

Numero de Seguridad Social (últimos 4 dígitos): _____

Dirección de Domicilio: _____

Número de Teléfono: () _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Testigo del Empleador: _____ Fecha: _____

Página 1 de 5

SIB FORM D 10/10

Sírvase marcar las casillas que aplican a condiciones médicas de las cuáles padece en el presente o que haya padecido en el pasado. Para todas las casillas que marca, favor de incluir una breve explicación en la Página de Explicación. El no marcar en alguna casilla indicará que usted no padece ni ha padecido de la condición correspondiente.

Enfermedades y Otras Condiciones Médicas

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Palsy Cerebral | ☐ Artritis | ☐ Enfermedad de corazón/Infarto |
| ☐ Silicosis | ☐ Tuberculosis | ☐ Párkinson | ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva |
| ☐ Venas de aricose | ☐ Esclerosis Múltiple | ☐ Daño Cerebral | ☐ Pérdida de vista/uno o dos ojos |
| ☐ Asbestosis | ☐ Trastorno de Estrés Postraumático | ☐ Asma | ☐ Discapacidad de Polio |
| ☐ yperinsulinismo | ☐ Osteomielitis | ☐ Desmentía | ☐ Discapacidad Psiconeurótico |
| ☐ Alzheimer | ☐ Trastorno Nervioso | ☐ Tromboflebitis | ☐ Ruptura o Hernia al Disco |
| ☐ Enfisema | ☐ Distrofia Muscular | ☐ Arteriosclerosis | ☐ Anquilosis o Tensión de Coyuntura |
| ☐ Pérdida auditiva | ☐ Migrañas | ☐ Hodgkin | ☐ Presión Sanguínea Alta/Baja |
| ☐ COPD | ☐ Retraso Mental | ☐ Cáncer | ☐ Síndrome de Túnel Carpiano |
| ☐ Hipertensión | ☐ Trastorno del Riñón | ☐ Visión Doble | ☐ Secuelas de Aire Comprimido |
| ☐ Lesión de Cabeza | ☐ Pérdida de Miembro | ☐ Trastornos Mentales | ☐ Enfermedad del Pulmón |
| ☐ Epilepsia | ☐ Trastorno de Convulsiones | ☐ Hemofilia | ☐ Enfermedad Coronaria Arteria |
| ☐ Derrame | ☐ Anemia Falciforme | ☐ Trastorno Hemorrágico | ☐ Intoxicación Grave de Metal |

Tratamiento Quirúrgico

- | | |
|---|--|
| ☐ Cirugía de Disco Vertebral | Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Cirugía de Fusión Vertebral | Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Pie Amputado | Izquierdo_____ Derecho_____ Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Pierna Amputada | Izquierda_____ Derecha_____ Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Brazo amputado | Izquierdo_____ Derecho_____ Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Mano Amputada | Izquierda_____ Derecha_____ Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Sustitución de Rodilla | Izquierda_____ Derecha_____ Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Sustitución de Cadera | Izquierda_____ Derecha_____ Año (Aproximado si no está seguro) _____ |
| ☐ Otra Sustitución de Articulaciones | Articulación_____ Año_____ |
| ☐ Otro Procedimiento Quirúrgico | Procedimiento_____ Año_____ |

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Testigo del Empleador: _____ Fecha: _____

PÁGINA DE EXPLICACIÓN

Favor de usar el espacio abajo para explicar las condiciones que ha indicado o alguna otra condición médica que no haya indicado en este formulario. Pida copias adicionales de esta hoja a su empleador si las necesita.

CONDICIÓN: _____ Año de diagnóstico (aproximadamente): _____

¿Sigue recibiendo tratamiento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando algún medicamento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted alguna restricción permanente debido a esta condición? ☐ Sí ☐ No

Explicación Breve: _____

CONDICIÓN: _____ Año de diagnóstico (aproximadamente): _____

¿Sigue recibiendo tratamiento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando algún medicamento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted alguna restricción permanente debido a esta condición? ☐ Sí ☐ No

Explicación Breve: _____

CONDICIÓN: _____ Año de diagnóstico (aproximadamente): _____

¿Sigue recibiendo tratamiento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando algún medicamento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted alguna restricción permanente debido a esta condición? ☐ Sí ☐ No

Explicación Breve: _____

CONDICIÓN: _____ Año de diagnóstico (aproximadamente): _____

¿Sigue recibiendo tratamiento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Está tomando algún medicamento para esta condición? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted alguna restricción permanente debido a esta condición? ☐ Sí ☐ No

Explicación Breve: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Testigo del Empleador: _____ Fecha: _____

Favor de contestar las siguientes preguntas.

1. ¿Ha restringido sus actividades algún doctor? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique las restricciones: _____

Las restricciones fueron: Permanentes _____ Temporales _____

¿Sigue con restricciones? Sí No _____

¿Cuál es la condición médica por la cual usted está restringido? _____

2. En el presente, ¿está recibiendo tratamiento de un doctor, quiropráctico, psiquiatra, psicólogo, o algún otro proveedor de cuidado de salud? ☐ Sí ☐ No

Favor de indicar la condición médica que está siendo tratada: _____

Nombre del doctor: _____ Especialista en: _____

Dirección del doctor: _____

3. Si en el presente está tomando algún medicamento bajo receta además de los que mencionó en la Página de explicación, favor de completar la información solicitada abajo.

Medicamento: _____ Doctor que recetó: _____

Medicamento: _____ Doctor que recetó: _____

4. ¿Se ha accidentado alguna vez en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que SÍ, favor de indicar la fecha de la accidente y su naturaleza.

¿Por cuánto tiempo recibió compensación? _____

Nombre del Empleador: _____

5. ¿Se ha recomendado por un doctor algún procedimiento quirúrgico, que hasta la fecha no se haya realizado, incluyendo, pero no limitándose a sustitución de rodilla, cadera u hombro? ☐ Sí ☐ No

Si contestó que SÍ, favor de indicar:

Cirugía Recomendada: _____

Fecha aproximada de la recomendación: _____

Nombre del doctor: _____ Especialista en: _____

Dirección del doctor: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Testigo del Empleador: _____ Fecha: _____

ADVERTENCIA

EL NO CONTESTAR DE FORMA EXACTA Y VERAZ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO PUEDE RESULTAR EN PÉRDIDA DE DERECHO A LOS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES BAJO LA R.S. 23: 1208.1.

He completado este formulario de manera honesta y según mis mejores conocimientos. Entiendo que el proveer información falsificada u omitir información pertinente podría resultar en la pérdida de los beneficios de mi compensación de trabajadores si es que llegara a lesionarme en el trabajo.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre del Empleado en letra de molde: _____

Soy un representante autorizado del empleador designado para obtener y revisar la información provista por el empleado en este cuestionario. He confirmado que el empleado entiende las consecuencias asociadas con proveer información falsificada u omitir información pertinente. He confirmado que el empleado es capaz de leer y entender la información provista en este cuestionario o yo personalmente se lo he leído. He provisto al empleado las copias de la Página de Explicación que él precisa. He confirmado los números de las páginas de este cuestionario.

Testigo del Empleado: _____ Fecha: _____

Testigo del Empleado en letra de molde: _____

Título: _____