



JOSIAH HILL III CLINIC

Working to keep children and their homes safe
Trabajando para proteger a los niños y tener hogares más seguros

Application
Solicitud

Name _____ Today's Date _____

Nombre _____ Fecha _____

Other Names Used (including maiden) _____ Dates Used _____

Otros nombres que ha usado (incluya su nombre de soltera) _____ Fechas usadas _____

Current Street Address _____

_____ City State Zip Code

Domicilio actual _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Addresses for the Past Seven years (please include street, city, state)

Direcciones en los últimos 7 años (Por favor incluya calle, ciudad, estado)

Drivers License # _____ State _____

Número de licencia de conducir _____ Estado _____

Date of birth _____ Social Security Number _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Continued: Authorization to Release Information—Page 2 of 3

I certify that I have made true, correct, and complete answers and statements on my application and any supplements to it and in any interview in the knowledge that they will be relied upon in considering my application for employment, contract or a volunteer position. I authorize without reservation, any party or agent contacted by IntelliCorps Records, Inc or Josiah Hill III Clinic to furnish the above mentioned information. The authorization is valid during the course of my employment, contract or volunteer position to the extent permitted by law.

Autorizo por este medio que se verifique toda la información de mi solicitud con mis empleos anteriores, educación, departamento de vehículos de motor, antecedentes penales, de acuerdo con los expedientes de ADA, de trabajo y de salario, etc, o cualquier de estos en particular, y autorizó a cualquier agente debidamente autorizado de IntelliCorps Records, Inc. y de la clínica Josiah Hill III a obtener dichos expedientes, públicos o privados, incluyendo aquellos que se puedan considerar expedientes de índole privada o confidencial. Libero de toda responsabilidad a toda persona que divulgue mi información. La clínica Josiah Hill III va a usar la información que aparece en esta autorización exclusivamente para identificar al solicitante y para que se divulgue información que se va a tomar en cuenta para determinar si la persona puede recibir empleo, un contrato o participar como voluntaria.

Certifico que las respuestas y declaraciones de mi solicitud, de mi solicitud suplementaria y de la entrevista son verdaderas, correctas y completas. Sé que se van a usar para considerar mi solicitud de empleo, contrato o puesto de voluntario/a. Doy mi autorización para que la parte o el funcionario que haya contactado IntelliCorps Records, Inc, o la Clínica Josiah Hill III proporcione la información mencionada. La autorización es válida durante el tiempo que dure mi empleo, contrato, o puesto de voluntario, según lo permita la ley.

**I hereby do _____ do not _____ authorize you to contact my current employer for Employment and Reference Verifications (This will authorize immediate inquiries to the Human Resources Department and to any listed supervisors or references in the Employment/Reference Section of your application.)

**Por este medio sí _____ no _____ autorizo que se pongan en contacto con mi empleador para verificar mis empleos y referencias (Con esto autorizará que se lleven a cabo investigaciones inmediatas en el Departamento de recursos humanos y con cualquier supervisor o referencia mencionados en la sección de empleo o referencias de su solicitud.)

I have the right to make a request to IntelliCorp Records, Inc, upon proper identification, to request the nature and substance of all information in its files on me at the time of my request, including sources of information, and the recipients of any reports on me which IntelliCorp Records, Inc has previously furnished within the two year period preceding my request.

Presentando identificación adecuada, tengo el derecho de solicitar que IntelliCorp Records, Inc. me informe sobre la índole y el contenido de toda la información que tenga en sus expedientes sobre mí, al momento de mi solicitud, incluyendo sus fuentes de información. También tengo el derecho de saber a quién le ha entregado IntelliCorp Records, Inc, información sobre mí en un periodo de dos años, a partir de la fecha de mi solicitud.



Authorization to Release Information—Page 3 of 3

I understand and agree that any omission, false statement, misleading statement, or answer made by me on my application or any supplements to it will be sufficient grounds for rejection of an employment, contract or volunteer position as well as sufficient grounds for termination.

Signature

Date

Entiendo y convengo que cualquier omisión, declaración falsa, declaración engañosa o respuesta que yo haya dado en mi solicitud o en alguna solicitud suplementaria será base suficiente para negarme el empleo, contrato o puesto de voluntario/a, así como también será base suficiente para despedirme.

Firma

Fecha

___ CALIFORNIA, OKLAHOMA, and MINNESOTA RESIDENTS ONLY: If you are a current California, Oklahoma, or Minnesota resident and would like to request a copy of your Consumer Report or Investigative Consumer Report, please check the box. This report may include character and reputation information obtained through personal interviews.