

HOJA DE TRABAJO NUEVA DEL ASPIRANTE

FUENTE DE LA REMISIÓN

FECHA _____ TIEMPO _____

YELLOW PAGES _____

MEDIOS _____

PERIÓDICO _____

FAMILY/FRIEND _____ FECHA _____ TELEPHONE# _____

FECHA _____

DIRECCIÓN _____

TELEPHONO # (1) _____ (2) _____

(3) _____ (4) _____

TIPO DE TRANSPORTE COCHE AUTOBÚS OTRO _____

INCLUYA POR FAVOR LOS NÚMEROS ALTERNATIVOS O LOS NÚMEROS DE REFERENCIAS EN LOS CUALES USTED PODRÍA SER ALCANZADO

TELEPHONO # (1) _____ (2) _____

(3) _____ (4) _____

ÁREAS QUE QUIEREN A TRABAJO/ RECORRIDO

2 - Georgia Mountains

- Banks
- Dawson
- Forsyth
- Franklin
- Habersham
- Hall
- Hart
- Lumpkin
- Rabun
- Stephens
- Towns
- Union
- White

3 - Atlanta Region

- Cherokee
- Clayton
- Cobb
- DeKalb
- Douglas
- Fayette
- Fulton
- Gwinnett
- Henry
- Rockdale

4 - Southern Crescent

- Butts
- Carroll
- Coweta
- Heard
- Lamar
- Meriwether
- Pike
- Spalding
- Troup
- Upson

5 - Northeast Georgia

- Barrow
- Clark
- Elbert
- Greene
- Jackson
- Jasper
- Madison
- Morgan
- Newton
- Oconee
- Oglethorpe
- Walton

OTROS CONDADOS DISPONIBLES

DIAS DISPONIBLES PARA EL TRABAJO

DOMONGO	LUNES	MARTES	MIER	JUEV	VIER	SABADO

LA CAMBIO PREFERIÓ

LIVE-IN 7A-7P 7P-7A 7A-3P 8A-4P 3P-11P

DISPONIBLE PARA LAS CAMBIOS CORTAS? SI NO

NO LLAME ENTRE LAS HORAS DE _____

USO DE LA OFICINA

REVIEWED BY _____ REFERENCES DATE VERIFIED _____

REFERENCES REVIEW BY _____ HIRE DATE _____

NURSE MANGEMENT SERVICES OF GEORGIA, INC.
USO DEL EMPLEO

Cuide los servicios de la gerencia de GA, Inc. es un patrón de la oportunidad igual. Adherimos a la política de tomar decisiones del empleo sin consideración alguna hacia la raza, la religión, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, el estado civil, el estado del veterano o la inhabilidad.

Información Personal					
FECHA			Fecha de nacimiento		
Último	Primero	Medio	Número De Seguridad Social		
			License/Certification #		
Actual Dirección					
Calle		Ciudad	Condado	Estado	Cierre relámpago
Información Del Contacto					
Teléfono Casero		Teléfono Del Trabajo		Pager/Cell ()	

Conteste por favor a las preguntas siguientes con SÍ o NO

¿Evidencia creíble le siempre ha demostrado para haber abusado, descuidado, asaltado sexual, explotado, o privado, persona o para haber sujetado a persona a lesión seria como resultado de mala conducta intencional o grueso negligente como evidente por una declaración de oral/written? **SI** [] **NO** []

¿Le siempre han condenado por un crimen que no expunged ni fue sellado en corte? **SÍ** [] **NO** []

INTERÉS DEL TRABAJO		
	[] CNA [] LPN [] RN [] MED-TECH	El Salario Mínimo Deseó: \$ _____
¿Especialidad	[] MS [] ccu [] ICU [] ER [] NICU [] PICU	[] PSYCH [] Home Care [] Home Visit
¿Hace usted solicitar previamente el Nurse MGMT Services of GA, inc. de Mngt de la enfermera? [] Yes [] No		
¿Es usted ahora que trabaja o le hace trabajar siempre para otras agencias? si sí que :		

EDUCACIÓN

NOMBRE Y LOCALIZACIÓN	TEMA ESTUDIADO	EL GRADO MÁS ALTO
HIGH SCHOOL SECUNDARIA		
UNIVERSIDAD		
ESCUELA DE ENTRENAMIENTO PROFESIONAL		
ACTIVIDADES/ HONORES		

Especifique por favor el tiempo disponible	Disponibles para comenzar el trabajo [] Medio tiempo [] A tiempo completo						
	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIER	JUEV	VIER	SABADO
7a-7p /7p 7a							
7a- 3p							
3p – 11 p							
11 p, - 7 a							

HISTORIA DE EMPLEO (DEBE TENER 5 AÑOS DE HISTORIA DE EMPLEO)			
PATRÓN		POSICIÓN	
DIRECCIÓN		DEBERES	
TELÉFONO		Fechas Empleadas: De A	
SUPERVISOR		¿Sueldo anual o salario cada hora? (círculo uno)	
PATRON		POSICIÓN	
DIRECCIÓN		DEBERES	
CIUDAD	CONDADO	ESTADO	
TELÉFONO		Fechas Empleadas: De A	
SUPERVISOR		¿Sueldo anual o salario cada hora? (círculo uno)	
PATRÓN		POSICIÓN	
DIRECCIÓN		DEBERES	
CIUDAD	CONDADO	ESTADO	
TELÉFONO		Fechas Empleadas: De A	
SUPERVISOR		¿Sueldo anual o salario cada hora? (círculo uno)	

Referencias personales y profesionales

Nombre	<input type="checkbox"/> Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo Teléfono #	Años Sabidos
Nombre	<input type="checkbox"/> Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Amigo Teléfono #	Años Sabidos

Información Adicional

¿Usted tiene experiencia casera de la clínica de reposo del cuidado del hospital? SI No ¿Si sí, dónde y cuanto tiempo?

¿Usted tiene inhabilidades físicas que le imposibiliten de realizar cualquier trabajo para el cual le estén considerando? SI No

Describa detalladamente

En caso de que De la Emergencia Notifique:

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

Cómo eran usted se refirió Nurse Mgmt Services of GA, Inc.?

Amigo Radio Periódico Internet Dept of Labor Otro Especifica _____

Certifico por este medio que todas las declaraciones hechas en este uso son exactas y verdades, completas, y corrigen al mejor de mi conocimiento y creen y realizan que la inclusión de la información falsa o la omisión del material podría dar lugar a DISMISAL del empleo o del RETIRO de mi uso de la consideración adicional. También certifico por este medio que no estoy sufriendo de una enfermedad contagiosa o de un trastorno mental que obstaculizarían mi funcionamiento de trabajo, ni me han encargado de o se han condenado por un crimen que implicaba abuso, negligencia, la explotación, o la privación de un niño o de un adulto. Autorizo por este medio todos mis patrones y departamento de la policía/del sheriff a menos que esté indicado de otra manera para lanzar cualesquiera y toda la información en vista de mi empleo por requerimiento.

Firma del aspirante: _____ Date _____

NURSE MANAGEMENT SERVICES OF GEORGIA, INC.

REFERENCIAS DE EMPLEO

FECHA: _____

Querido _____: De _____

La importancia de comprobar referencias en el personal que trabaja en una situación de life/death no puede ser accentuada demasiado. El aspirante que aparece firma abajo le ha dado como fuente de la referencia. ¿Podemos contar en su ayuda en verificar las calificaciones de nuestros aspirantes? Usted puede contar en nuestra confianza terminante en la manipulación de cualquier información que usted pueda desear nos deja tener. Para su conveniencia, se ha proporcionado una estampilla de vuelta. Gracias por adelantado por su cortesía y entender.

Representante Del Rama

Aspirante: Llene por favor las áreas hacia fuera sombreadas solamente.

Aspirante: _____ **SEGURIDAD SOCIAL #** _____

Posición Llevada a cabo: _____ **Las Fechas Emplearon: From** _____ **To:** _____

Autorizo por este medio la información siguiente me lance a Nurse Mgmt Services of GA, Inc.

Firma: _____ **Fecha:** _____

¿Las fechas antedichas del empleo corresponden a sus expedientes?

SI NO

¿La posición antedicha corresponde a sus expedientes?

SI NO

¿Conforme a rehire?

SI NO

¿Si no, por qué no?

Cualquieres comentarios sobre este aspirante:

Comentarios Generales:

Firma _____ **Posición** _____ **Fecha** _____

Relación al aspirante

If verified by telephone: Contact Name _____ Position _____ Date _____

Por favor envíeme la información sobre los Nurse Mgmt Services of GA, Inc.

If que responde por correo envían a: Attn: Recursos Humanos P.O. Box 688 Hampton, Georgia 30228

If que responden por el fax envían a Attn: Recursos humanos (770) 991-6972 (enfermeras y personal de salud aliado disponibles localmente y en contratos que viajan para la reunión de la ayuda sus requisitos que proveen de personal).

NURSE MANAGEMENT SERVICES OF GEORGIA, INC.

REFERENCIAS DE EMPLEO

FECHA: _____

Querido _____: De _____

La importancia de comprobar referencias en el personal que trabaja en una situación de life/death no puede ser accentuada demasiado. El aspirante que aparece firma abajo le ha dado como fuente de la referencia. ¿Podemos contar en su ayuda en verificar las calificaciones de nuestros aspirantes? Usted puede contar en nuestra confianza terminante en la manipulación de cualquier información que usted pueda desear nos deja tener. Para su conveniencia, se ha proporcionado una estampilla de vuelta. Gracias por adelantado por su cortesía y entender.

Representante Del Rama

Aspirante: Llene por favor las áreas hacia fuera sombreadas solamente.

Aspirante: _____ **SEGURIDAD SOCIAL #** _____

Posición Llevada a cabo: _____ **Las Fechas Emplearon: From** _____ **To:** _____

Autorizo por este medio la información siguiente me lance a Nurse Mgmt Services of GA, Inc.

Firma: _____ **Fecha:** _____

¿Las fechas antedichas del empleo corresponden a sus expedientes?

SI NO

¿La posición antedicha corresponde a sus expedientes?

SI NO

¿Conforme a rehire?

SI NO

¿Si no, por qué no?

Cualquieres comentarios sobre este aspirante:

Comentarios Generales:

Firma _____ **Posición** _____ **Fecha** _____

Relación al aspirante

If verified by telephone: Contact Name _____ Position _____ Date _____

Por favor envíeme la información sobre los Nurse Mgmt Services of GA, Inc.

If que responde por correo envían a: Attn: Recursos Humanos P.O. Box 688 Hampton, Georgia 30228

If que responden por el fax envían a Attn: Recursos humanos (770) 991-6972 (enfermeras y personal de salud aliado disponibles localmente y en contratos que viajan para la reunión de la ayuda sus requisitos que proveen de personal).

CHAMBLEE POLICE DEPARTMENT CRIMINAL HISTORY CONSENT FORM

Autorizo por este medio a NURSE MANAGEMENT SERVICES OF GEORGIA, INC., a recibir cualquier información de registro criminal de historia que pertenece a mí cuál puede estar en los archivos de cualquier estado o de cualquier agencia criminal local de la justicia en el estado de Georgia.

Full Name (Printed)

Street Address

City, State & Zip Code

Date of Birth

Social Security Number

Sex

Race

Signature

Date of Request