

**ENVIAR FORMULARIO COMPLETO A LOS RECURSOS HUMANOS**

<b>Firma del Empleado:</b>		<b>Fecha de Hoy:</b>	
<b>Nombre del Empleado (imprima):</b>  <input type="checkbox"/> Adjuntar copia de la tarjeta de seguro social (requisito, pero no se requiere segunda copia)		<b>Nuevo Nombre del Empleado (imprima):</b>  <input type="checkbox"/> Adjuntar copia de la nueva tarjeta de seguro social (requisito)	
<b>Dirección de correo actual</b> <b>Calle:</b>		<b>Nueva dirección de correo</b> <b>Calle:</b>	
<b>Ciudad:</b>		<b>Ciudad:</b>	
<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Correo Electrónico:</b>		<b>Nuevo Correo Electrónico:</b>	
<b>Teléfono de la Casa:</b> <b>Teléfono Celular Personal:</b> <input type="checkbox"/> Autorizado para Publicar en Friendsview		<b>Nuevo Teléfono de la Casa:</b> <b>Nuevo Teléfono Celular Personal:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento (mes día año):</b>  <input type="checkbox"/> Autorizado para Publicar (mes y día) en Friendsview		<b>Estado Civil:</b>  <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Contacto de Emergencia:</b> Contacto #1  Nombre: _____  Parentesco o relación: _____  Núm. de teléfono principal: _____  Dirección: _____		<b>Contacto de Emergencia:</b> Contacto #2  Nombre: _____  Parentesco o relación: _____  Núm. de teléfono principal: _____  Dirección: _____	
<b>EEO Raza e Identificación étnico:</b> (Por favor marque el grupo que más se identifique) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <p style="text-align: center;"><b>O</b></p> No Hispano o Latino, y: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas		<b>Veterano de Vietnam Época:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Servido entre 8/5/1964 y 5/7/1975) <b>Veteranos Discapacitados:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Recibido el 30% de incapacidad militar) <b>El Veterano Elegible:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Ver la lista disponible de Recursos Humanos)  <b>Presencia de discapacidad que necesite alojamiento:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, por favor póngase en contacto con Recursos Humanos)	