

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

Office Use Only	DAC	MVR	REF	R/T	PHY	D/S/R



SOLICITUD DE EMPLEO

7380 IH 10 EAST SAN ANTONIO, TX 78219

OFFICE PHONE: 210-662-0019 FAX: 210-572-7908

La aplicación permanecerá activa durante 30 días. Cualquier consulta posterior requerirá volver a aplicar.

PROCEDIMIENTOS DEL SOLICITANTE

Por favor lea detenidamente y responda a todas las preguntas. No se considerarán las solicitudes incompletas. No proporcione información médica específica como respuesta a las preguntas de esta solicitud. JTM Transport, Inc. es un empleador con igualdad de oportunidades de empleo y estamos comprometidos a no discriminar en la contratación, prácticas laborales o instalaciones sin importar raza, credo, color, sexo, religión, edad, origen de nacionalidad, discapacidad, discapacidad o condición de veterano.

EL APLICANTE DEBE DE LEER ESTO

Se acuerda y se entiende que cualquier mala representación de la información dada se considerará como un acto de deshonestidad y motivos para negar o terminar el empleo. Se acuerda y se entiende que el empleador o sus agentes pueden investigar los antecedentes del solicitante para verificar cualquier y toda la información de los solicitantes, y el solicitante libera a los empleadores y personas nombrados en el presente de toda responsabilidad por cualquier daño a causa de proporcionar dicha información. Se acepta y se entiende que si se me ofrece un trabajo, se me puede requerir un examen físico en cualquier momento para determinar si estoy físicamente apto para el trabajo que debo realizar y autorizo a cualquier médico u hospital a liberar cualquier información que pueda ser necesaria para determinar mi capacidad para desempeñar las funciones del trabajo. El solicitante se compromete a proporcionar dicha información adicional y completar los exámenes que puedan ser necesarios para completar su archivo de empleo. Se acuerda y se entiende que si se contrata, el empleado puede estar en un período de entrenamiento por 90 días durante los cuales puede usted ser dado de baja sin recurso. Esto certifica que yo llene esta solicitud, y que toda la información en ella es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Todos los empleados de la compañía son empleados por voluntad propia y pueden renunciar o ser dados de baja en cualquier momento. Ningún agente de la compañía está autorizado a firmar ningún contrato de trabajo a menos que el contrato sea por escrito y firmado por el presidente de la compañía.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

ENVIE LA APLICACION COMPLETA A: Safety@JTMTransport.com

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

PERSONAL

RECLUTADO BY: _____ CONTRATISTA: _____

POSICION DESEADA: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL _____

PSEUDONIMOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMAIL: _____

DIRECCION: _____ TEL. _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____ CEL. _____

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA: _____ TEL. _____

DIRECCION: _____

DIRECCION DE PREVIAS DIRECCIONES

LISTA FECHAS Y DIRECCIONES DE RESIDENCIAS DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

1. DE: _____ A: _____ _____

2. DE: _____ A: _____ _____

3. DE: _____ A: _____ _____

FECHAS FECHAS DIRECCIONES

EDUCACION

HAS ASISTIDO A CLASES DE CONDUCIR? _____ SI _____ NO FECHA DE GRADUACION: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ DIRECCION: _____

GRADO MAS ALTO TERMINADO: _____

SU ULTIMA ESCUELA ASISTIDA: _____ CIUDAD: _____

ESTADO MILITAR

HAS SERVIDO EN EL EJERCITO? _____ SI _____ NO

ESTA USTED ACTIVO EN LA GUARDIA NACIONAL? _____ SI _____ NO

SUCURSAL: _____ DE: _____ A: _____
FECHAS FECHAS

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

EXPERIENCIA DE MANEJO

TIPO DE MAQUINARIA	AÑOS DE EXPERIENCIA	APROX NO. DE MILLAS CORRIDAS
TRACTOR Y SEMI TRAILER:		
REMOLQUE:		
OTRA:		

AÑOS DE EXPERIENCIA: _____

EN QUE ESTADOS HAS MANEJADO REGULARMENTE:

EXPERIENCIA DE TRABAJO:

MUESTRE LOS PASADOS TRES (3) AÑOS DE EMPLEO Y/O EXPERIENCIA DE CONDUCCIÓN COMERCIAL POR LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, ESCRIBA PASO A PASO TODOS SUS EMPLEADORES, **COMENZANDO POR EL MAS NUEVO AL MAS ANTIGUO, MANTENGA CONTINUIDAD AUN HASTA CUANDO HIZO UN RECLAMO UN-EMPLOYMENT.**

UNEMPLOYMENT - DESDE:	FECHAS	FECHAS	A:	PARA VERIFICAR LLAME A:	TEL:
DESDE:			A:		
NOMBRE DE COMPAÑÍA:				CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:				RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:				ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI	NO	NUMERO DE ACCIDENTES:		
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER	STRAIGHT TRUCK	OTHER	MILES PER WEEK:	
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRS) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?					SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?					SI NO

UNEMPLOYMENT - DESDE:	FECHAS	FECHAS	A:	PARA VERIFICAR LLAME A:	TEL:
DESDE:			A:		
NOMBRE DE COMPAÑÍA:				CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:				RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:				ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI	NO	NUMERO DE ACCIDENTES:		
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER	STRAIGHT TRUCK	OTHER	MILES PER WEEK:	
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRS) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?					SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?					SI NO

UNEMPLOYMENT - DESDE:	FECHAS	FECHAS	A:	PARA VERIFICAR LLAME A:	TEL:
DESDE:			A:		
NOMBRE DE COMPAÑÍA:				CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:				RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:				ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI	NO	NUMERO DE ACCIDENTES:		
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER	STRAIGHT TRUCK	OTHER	MILES PER WEEK:	
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRS) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?					SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?					SI NO

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

FECHAS	FECHAS	
UNEMPLOYMENT - DESDE:	A:	PARA VERIFICAR LLAME A: TEL:
DESDE:	A:	
NOMBRE DE COMPAÑÍA:	CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:	RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI NO	NUMERO DE ACCIDENTES:
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER STRAIGHT TRUCK OTHER	MILES PER WEEK:
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRs) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?		SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?		SI NO

FECHAS	FECHAS	
UNEMPLOYMENT - DESDE:	A:	PARA VERIFICAR LLAME A: TEL:
DESDE:	A:	
NOMBRE DE COMPAÑÍA:	CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:	RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI NO	NUMERO DE ACCIDENTES:
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER STRAIGHT TRUCK OTHER	MILES PER WEEK:
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRs) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?		SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?		SI NO

FECHAS	FECHAS	
UNEMPLOYMENT - DESDE:	A:	PARA VERIFICAR LLAME A: TEL:
DESDE:	A:	
NOMBRE DE COMPAÑÍA:	CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:	RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI NO	NUMERO DE ACCIDENTES:
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER STRAIGHT TRUCK OTHER	MILES PER WEEK:
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRs) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?		SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?		SI NO

FECHAS	FECHAS	
UNEMPLOYMENT - DESDE:	A:	PARA VERIFICAR LLAME A: TEL:
DESDE:	A:	
NOMBRE DE COMPAÑÍA:	CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:	RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI NO	NUMERO DE ACCIDENTES:
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER STRAIGHT TRUCK OTHER	MILES PER WEEK:
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRs) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?		SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?		SI NO

FECHAS	FECHAS	
UNEMPLOYMENT - DESDE:	A:	PARA VERIFICAR LLAME A: TEL:
DESDE:	A:	
NOMBRE DE COMPAÑÍA:	CLASSIFICATION DE TRABAJO:	
DIRECCION:	RAZON DE SU RETIRO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CP:
ACCIDENTES:	SI NO	NUMERO DE ACCIDENTES:
EQUIPO MANEJADO:	TRACTOR TRAILER STRAIGHT TRUCK OTHER	MILES PER WEEK:
¿USTED ESTÁ SUJETO A (FMCSRs) REGLAS FEDERALES DE SEGURIDAD DEL PORTADOR DEL MOTOR MIENTRAS EMPLEADO POR EL EMPLEADOR ANTERIOR?		SI NO
¿EN SU POSICIÓN ANTERIOR DE TRABAJO SE LE DESIGNÓ UNA FUNCIÓN SENSIBLE A LA SEGURIDAD EN CUALQUIER MODO REGULADO POR DOT, SUJETO A REQUISITOS DE PRUEBAS DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS CONTROLADAS SEGÚN LOS REQUISITOS DE 49CFR PARTE 40?		SI NO

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

PRUEBA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS POR ALCOHOL

	SI	NO
1. ¿HAS SALIDO POSITIVO EN UNA PRUEBA DE SUSTANCIA CONTROLADA EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?		
2. ¿HAS TENIDO UNA PRUEBA SOPLADA DE ALCOHOL CON UNA CONCENTRACIÓN RESPIRATORIA DE ALCOHOL DE .04 O MAS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS?		
3. ¿HAS RECHAZADO UN EXAMEN DE DROGAS O ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? <i>(INCLUYENDO RESULTADOS DE PRUEBAS ADULTERADAS O SUBSTITUTADAS VERIFICADAS)</i>		
4. ¿ HAS COMETIDO OTRAS VIOLACIONES DE LA AGENCIA DOT DE DROGAS Y DE ALCOHOL?		
* SI CONTESTASTE "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR INCLUYE NOMBRES Y DIRECCIONES Y TELÉFONOS PARA MÁS REFERENCIA		

INFORMACION DE ANTECEDENTES

¿HAS ESTADO CONVICTO POR CONDUCIR: DWI, DUI, CARELESS o RECKLESS, 15 MPH SOBRE EL LÍMITE DE VELOCIDAD PUBLICADA, ESCAPAR DE LA ESCENA DE ACCIDENTE O UTILIZANDO VEHÍCULOS COMERCIALES EN LA COMISION DE UN FELONIA?			
SI	NO	FECHA:	EXPLICAR:
¿HAS TENIDO UNA SUSPENSION O CANCELACION DE LICENCIA O DE PRIVILEGIOS PARA CONDUCIR POR NINGUNA RAZÓN?			
SI	NO	FECHA:	EXPLICAR:
¿HAS TENIDO UNA CONVICCION POR ALGUN OTRO DELITO FUERA DE VIOLACIONES DE TRANSITO?			
SI	NO	FECHA:	EXPLICAR:
¿HAS TENIDO ALGUNA CONVICCION DE UNA FELONIA?			
SI	NO	FECHA:	EXPLICAR:
¿ESTA USTED BAJO LIBERTAD CONDICIONAL? SI NO			

	NUMERO DE LICENCIA	ESTADO	FECHAS DE VENCIMIENTO	ENDORSES
ENLISTA TODAS LAS LICENCIAS DE CONDUCIR QUE PRESENTEMENTE TIENES O HAS TENIDO EN EL PASADO				

ACCIDENTES

Numere y explique detalladamente las fechas y la ubicación de todos los accidentes en los que ha estado involucrado durante los últimos 5 años, en cualquier tipo de vehículo y sin importar si fue o no que su culpa. **EL INCUMPLIMIENTO DE ENLISTAR TODOS LOS ACCIDENTES PUEDE RESULTAR EN SU DESCALIFICACIÓN, SI USTED NO TUVO ACCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS SOLO ESCRIBA "NINGUNO"**

FECHA	VEHICULO	CULPA DE	MUERTES?	LESIONES?	\$ DAÑOS
Describe Accidente:					

FECHA	VEHICULO	CULPA DE	MUERTES?	LESIONES?	\$ DAÑOS
Describe Accidente:					

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

VIOLACIONES DE TRAFICO

Certifico que la lista siguiente es verdadera y completa de todas mis infracciones de tráfico (fuera de las violaciones de estacionamiento) por las cuales he sido condenado o perder un BOND o garantía durante los últimos 5 años. **EL INCUMPLIMIENTO DE ENLISTAR TODOS LOS ACCIDENTES PUEDE RESULTAR EN SU DESCALIFICACIÓN, SI USTED NO TUVO ACCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS SOLO ESCRIBA "NINGUNO"**

DESCRIBA TODAS SUS CONVICIONES DE TRAFICO	FECHA	CIUDAD Y ESTADO	PENAS

ACUERDO

(LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES)

Entiendo que JTM Transport Inc. y sus subsidiarias siguen la práctica de exigir que los solicitantes de los conductores completen exitosamente La prueba física de DOT, examen de alcohol, u otras pruebas como parte de un término y condiciones de calificación y de vez en cuando para someterse a una prueba física de DOT, exámenes de droga, prueba de alcohol u cualquier otra prueba, como un acuerdo y condición de calificación continua. A partir de entonces, por medio de la presente, doy mi consentimiento para someterme al examen físico, al examen de drogas, a la prueba de alcohol y otras pruebas requeridas y, además, acepto someterme al examen físico, al examen de drogas, al alcohol oa otras pruebas de vez en cuando. pedido. Entiendo que cualquier oferta de trabajo depende de la obtención de la certificación DOT, así como la finalización exitosa de la orientación. En relación con mi solicitud de calificación con usted, entiendo que se solicita un informe de investigación del consumidor que incluya información sobre mi carácter, historial de crédito, hábitos de trabajo, desempeño, experiencia, resultados de las pruebas de drogas y alcohol, incluyendo resultados de pre-empleo, Pruebas de drogas y / o alcohol durante los últimos dos (2) años, junto con razones para la terminación del empleo anterior obtenido de empleadores anteriores. Además, entiendo que usted estará solicitando información sobre mi historial de manejo y / o información de varias agencias estatales que mantienen registros sobre antecedentes crediticios, antecedentes penales, delitos de tráfico y accidentes, así como información sobre mis anteriores solicitudes de registro de conducir hechas por otros para agencias estatales. Entiendo que tengo el derecho de hacer una solicitud por escrito dentro de un tiempo razonable para recibir información detallada adicional sobre la naturaleza y alcance de esta investigación.

Por la presente autorizo a JTM Transport Inc. y a sus subsidiarias a obtener la información descrita arriba, y estoy de acuerdo en que dicha información, y mi historial de experiencia, si estoy calificado, serán suministrados a otras compañías que suscriben servicios de reportes de consumidores.

También consiento en que usted suministre a los consumidores, informes sobre mi carácter, hábitos de trabajo, desempeño, historial de manejo y experiencia, así como cualquier razón para mi terminación de mis calificaciones, incluyendo los resultados de las pruebas de alcohol y drogas y consentimiento adicional a estos servicios, proporcionando dicha información en el futuro a otras empresas que se suscriban estos servicios. Esto certifica que esta solicitud fue formulada por mí y que todas la infomacion es verdadera y complete, hecho a lo mejor de mi conocimiento. También estoy de acuerdo en que información falsificada u omisiones significativas pueden resultar en mi descalificación ahora y en cualquier momento. Entiendo que mi calificación puede ser terminada, con o sin causa, en cualquier momento a discreción de la empresa, o de mí mismo, además, en consideración de cualquier oferta de empleo, estoy de acuerdo en ejecutar el Acuerdo Mutuo para Arbitrar Reclamos sobre cualquier Empleo.

De acuerdo con la Sección 382, 405, 382 y 391.23 del Reglamento Federal de Seguridad de Vehículos Motorizados, autorizo a todas y cada una de las personas y / o instituciones a proporcionar cualquier información pertinente, incluyendo mi prueba de alcohol y sustancias controladas / entrenamiento que pueda Ser obligado a completar a mi calificación y estoy de acuerdo en liberarlos de toda responsabilidad por el suministro de dicha información.

FIRMA: _____ FECHA: _____

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER

AUTHORIZATION FOR BACKGROUND INVESTIGATION

NAME: _____

SSN: _____

DOB: _____

Esta carta autoriza a JTM Transport Inc. a investigar y preguntar mis asuntos personales, financieros y cualquier otro relacionado que sea necesarios para lograr a una decisión de empleo. Mi empleador o cualquier empleador, así como cualquier entidad que tenga información sobre mi experiencia, está autorizado a divulgar dicha información a JTM Transport Inc. incluyendo, pero no limitado a, antecedentes penales, registros de todas las pruebas de alcohol y drogas y los resultados correspondientes, programas y beneficios de seguros y de pensiones, solicitudes de empleo, evaluaciones, tarjetas de la nómina y otros documentos o información relacionada con mi empleo y / o contenidos en mis archivos personales. Por la presente, libero a los empleadores, escuelas, JTM Transport, Inc. y otras personas de toda responsabilidad en la investigación y respuesta a las preguntas y en la divulgación de información relacionada con mi solicitud. Entiendo que cualquier declaración falsa o engañosa será causa suficiente para el rechazo de mi solicitud si JTM Transport no me ha empleado, o para despido inmediato si acaso JTM Transport ya me ha empleó. También autorizo a JTM Transport a proporcionar información a cualquier posible empleador, agencia gubernamental u otra parte que tenga un interés legal y apropiado, y por la presente libero a JTM Transport ya sus empleados de toda responsabilidad por proporcionar esta información.

Una fotocopia o fax de esta autorización será tan efectiva como el original.

FIRMA: _____

FECHA: _____

LETRA DE MOLDE: _____

"Employer" and "Employment" is defined in DOT Federal Highway Administration Motor Carrier Safety Regulations Sections 382.107 and 383.5.

SOLICITUD DE EMPLEO PARA CHOFER



SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEL ANTERIOR EMPLEADOR

Por la presente le autorizo a divulgar la siguiente información a JTM Transport Inc. con el propósito de la investigación requerida por la sección 391.23 del Reglamento Federal de Seguridad de Vehículos Motorizados. Esto incluye los resultados de todas las pruebas de drogas y alcohol durante los últimos 3 años. Por la presente, libero a esta compañía ya sus empleados, oficinas, directores y agentes de toda y cualquier responsabilidad de cualquier tipo como resultado de proporcionar la siguiente información a la persona mencionada abajo y / o compañía.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NO ESCRIBA MAS ABAJO DE ESTA LINEA

From: JTM Safety Office	Title: JTM Safety Coordinator	1 st Request:
Compant: JTM TRANSPORT INC.	Phone: (210) 572-7920	2 nd Request:
Address: 7380 IH 10East	Fax: (210) 572-7908	3 rd Request:
San Antonio, Texas 78219	E-mail: safety@jtmtransport.com	

Applicant Name: _____ Social Security Number: _____
 Previous Employer: _____ Fax: _____
 Employment Dates: From: _____ To: _____ From: _____ To: _____
 Correct Dates are: _____ TO: _____ TO: _____
 Employment Designation: Company Driver Owner Operator Driver for Owner Operator Other
 Equipment Type: Tractor Straight Truck Bus Construction Equipment
 Commodities Transported: _____

If Yes please list all violations including dates and type.

Date	City	State
_____	_____	_____
_____	_____	_____

License Suspended: Yes No
 If Yes, please list date(s) of suspension:

Was Employee dependable to make pick up and deliveries? Yes No
 Did Employee meet FMCSR Driver Log Requirements? Yes No
 Reason for leaving your company: Term Laid off Resigned
 Is employee eligible for rehire? Yes No

IF TERMINATED OR DISCHARGED, PLEASE PROVIDE REASON: _____

Past Alcohol/Controlled Substance Information Inquiry

Has this individual:

Had an alcohol test with a result of 0.04 or high alcohol concentration?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Had a verified positive drug test within the past three years?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Refused a controlled substance or alcohol test in the past three years?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Violated other DOT drug and alcohol regulations?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received information from a previous employer that this employee has violated a drug or alcohol test?	

Yes No

SIGNATURE OF INDIVIDUAL COMPLETING THE FORM: _____ PHONE: _____



RELEASE OF CDL HOLDER'S REPORTED POSITIVE ALCOHOL OR CONTROLLED SUBSTANCE TEST RESULT



Use this form to obtain the CDL holder's reported positive alcohol or controlled substance test results information.

This form should ONLY be used if you wish to inquire whether or not a prospective driver (CDL Holder) has had a positive alcohol or controlled substance test result reported to the Texas Department of Public Safety in compliance with state law.

**THIS FORM IS NOT REQUIRED FOR REPORTING A POSITIVE
ALCOHOL OR CONTROLLED SUBSTANCE TEST.**

1. This form must be completed in full and include the driver's original signature.
(Electronic signatures will not be accepted)

2. Deliver, mail, Email or FAX the completed form to:
**Texas Department of Public Safety
Motor Carrier Bureau, MSC #0521
6200 Guadalupe, Building P
Austin, Texas 78752-4019 / Facsimile: 512-424-5310
Email: MCB.VPR@dps.texas.gov**

Check here if CDL Holder
is Requesting results on self

Print Name of CDL Holder

Print Address of CDL Holder

authorize release of the CDL holder's reported positive alcohol or controlled substance test results reported under state law

to JTM TRANSPORT INC

Print Name

of 7380 IH 10 EAST SAN ANTONIO, TX 78219

Print Address

Driver License Number: _____ State: _____ Date of Birth: _____

If you would like information about how to receive responses by e-mail in the future, please check this box:

Signature of Driver:

Date:



If you wish to request and receive this information by electronic mail, submit a completed and notarized Electronic Mail Verification Form (MCS-32), available at the following web address: <http://www.txdps.state.tx.us/forms/index.htm>.

THE BELOW DISCLOSURE AND AUTHORIZATION LANGUAGE IS FOR MANDATORY USE BY ALL ACCOUNT HOLDERS

IMPORTANT DISCLOSURE

REGARDING BACKGROUND REPORTS FROM THE *PSP Online Service*

In connection with your application for employment with _____ (“Prospective Employer”), Prospective Employer, its employees, agents or contractors may obtain one or more reports regarding your driving, and safety inspection history from the Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA).

When the application for employment is submitted in person, if the Prospective Employer uses any information it obtains from FMCSA in a decision to not hire you or to make any other adverse employment decision regarding you, the Prospective Employer will provide you with a copy of the report upon which its decision was based and a written summary of your rights under the Fair Credit Reporting Act before taking any final adverse action. If any final adverse action is taken against you based upon your driving history or safety report, the Prospective Employer will notify you that the action has been taken and that the action was based in part or in whole on this report.

When the application for employment is submitted by mail, telephone, computer, or other similar means, if the Prospective Employer uses any information it obtains from FMCSA in a decision to not hire you or to make any other adverse employment decision regarding you, the Prospective Employer must provide you within three business days of taking adverse action oral, written or electronic notification: that adverse action has been taken based in whole or in part on information obtained from FMCSA; the name, address, and the toll free telephone number of FMCSA; that the FMCSA did not make the decision to take the adverse action and is unable to provide you the specific reasons why the adverse action was taken; and that you may, upon providing proper identification, request a free copy of the report and may dispute with the FMCSA the accuracy or completeness of any information or report. If you request a copy of a driver record from the Prospective Employer who procured the report, then, within 3 business days of receiving your request, together with proper identification, the Prospective Employer must send or provide to you a copy of your report and a summary of your rights under the Fair Credit Reporting Act.

Neither the Prospective Employer nor the FMCSA contractor supplying the crash and safety information has the capability to correct any safety data that appears to be incorrect. You may challenge the accuracy of the data by submitting a request to <https://dataqs.fmcsa.dot.gov>. If you challenge crash or inspection information reported by a State, FMCSA cannot change or correct this data. Your request will be forwarded by the DataQs system to the appropriate State for adjudication.

Any crash or inspection in which you were involved will display on your PSP report. Since the PSP report does not report, or assign, or imply fault, it will include all Commercial Motor Vehicle (CMV) crashes where you were a driver or co-driver and where those crashes were reported to FMCSA, regardless of fault. Similarly, all inspections, with or without violations, appear on the PSP report. State citations associated with Federal Motor Carrier Safety Regulations (FMCSR) violations that have been adjudicated by a court of law will also appear, and remain, on a PSP report.

The Prospective Employer cannot obtain background reports from FMCSA without your authorization.

AUTHORIZATION

If you agree that the Prospective Employer may obtain such background reports, please read the following and sign below:

I authorize _____ (“Prospective Employer”) to access the FMCSA Pre-Employment Screening Program (PSP) system to seek information regarding my commercial driving safety record and information regarding my safety inspection history. I understand that I am authorizing the release of safety performance information including crash data from the previous five (5) years and inspection history from the previous three (3) years. I understand and acknowledge that this release of information may assist the Prospective Employer to make a determination regarding my suitability as an employee.

I further understand that neither the Prospective Employer nor the FMCSA contractor supplying the crash and safety information has the capability to correct any safety data that appears to be incorrect. I understand I may challenge the accuracy of the data by submitting a request to <https://dataqs.fmcsa.dot.gov>. If I challenge crash or inspection information reported by a State, FMCSA cannot change or correct this data. I understand my request will be forwarded by the DataQs system to the appropriate State for adjudication.

I understand that any crash or inspection in which I was involved will display on my PSP report. Since the PSP report does not report, or assign, or imply fault, I acknowledge it will include all CMV crashes where I was a driver or co-driver and where those crashes were reported to FMCSA, regardless of fault. Similarly, I understand all inspections, with or without violations, will appear on my PSP report, and State citations associated with FMCSR violations that have been adjudicated by a court of law will also appear, and remain, on my PSP report.

I have read the above Disclosure Regarding Background Reports provided to me by Prospective Employer and I understand that if I sign this Disclosure and Authorization, Prospective Employer may obtain a report of my crash and inspection history. I hereby authorize Prospective Employer and its employees, authorized agents, and/or affiliates to obtain the information authorized above.

Date: _____

Signature

Name (Please Print)

NOTICE: This form is made available to monthly account holders by NIC on behalf of the U.S. Department of Transportation, Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA). Account holders are required by federal law to obtain an Applicant’s written or electronic consent prior to accessing the Applicant’s PSP report. Further, account holders are required by FMCSA to use the language contained in this Disclosure and Authorization form to obtain an Applicant’s consent. The language must be used in whole, exactly as provided. Further, the language on this form must exist as one stand-alone document. The language may NOT be included with other consent forms or any other language.

NOTICE: The prospective employment concept referenced in this form contemplates the definition of “employee” contained at 49 C.F.R. 383.5.

LAST UPDATED 12/22/2015