



Skyland Grain, LLC

Paquete de documentación previa a la contratación

SOLICITANTES DE DOT

El paquete de documentación previa a la contratación de DOT se debe usar para solicitantes con una licencia de conducir comercial (CDL) o solicitantes que soliciten un puesto que requiera conducir vehículos que transporten fertilizantes, sustancias químicas o combustibles, o que requiera entregar dichos productos.

Lista de verificación del paquete de documentación previa a la contratación

A continuación, se enumeran los documentos previos a la contratación incluidos en el paquete del solicitante de DOT. Al solicitar para un empleo en la Compañía, devuelva todos los documentos completados que se indican en la columna "Devolver" de una sola vez.

Si desea solicitar una adaptación razonable para completar cualquiera de estos formularios, comuníquese con un representante de Recursos Humanos o con el gerente de área.

Documento	Se debe devolver a la compañía	El solicitante lo debe conservar
<input type="checkbox"/> Solicitud de empleo	<i>Devolver</i>	
<input type="checkbox"/> Política de un lugar de trabajo libre de drogas		<i>Conservar</i>
<input type="checkbox"/> Reconocimiento de un lugar de trabajo libre de drogas y formulario de consentimiento para análisis detección de drogas	<i>Devolver</i>	
<input type="checkbox"/> Divulgación y autorización en virtud de la Ley Federal de Información Crediticia Imparcial (FCRA)	<i>Devolver</i>	
<input type="checkbox"/> Resumen de derechos en virtud de la Ley Federal de Información Crediticia Imparcial (FCRA)		<i>Conservar</i>
<input type="checkbox"/> Solicitud de información de DOT del empleador anterior	<i>Devolver</i>	

*** Para los titulares actuales o futuros de licencias de conducir comerciales, se solicitará posteriormente documentación adicional específica del Departamento de Transporte (DOT).**

DOT



Skyland Grain, LLC

Solicitud de empleo

SOLICITANTES DE DOT

Skyland Grain, LLC ("la Compañía") es un empleador que honra la igualdad de oportunidades y que está comprometido con una política de no discriminación laboral por motivo de la raza, credo, color de piel, edad, sexo, religión, nacionalidad, estado civil, discapacidad física o mental, antecedentes penales o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales. Ninguna de las preguntas de esta solicitud se emplearán para obtener información que pueda usarse como base para dicha discriminación. Esta solicitud recibirá la misma consideración que cualquier otra, pero el hecho de que sea recibida no implica que el solicitante obtendrá el empleo. La solicitud permanecerá vigente por un período de treinta (30) días o hasta que el puesto quede cubierto.

Si desea solicitar una adaptación razonable para completar el formulario, comuníquese con un representante de Recursos Humanos.

Identificación del solicitante

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Apellido *Nombre* *Inicial*

Dirección: _____
Domicilio físico *Apartamento/Unidad #*

Ciudad *Estado* *Código postal*

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo desea que nos comuniquemos con usted sobre esta solicitud de empleo? Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico

Enumere otras direcciones en los últimos tres años:

Dirección: _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Dirección: _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Dirección: _____
Calle *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Cargo deseado: _____

Fecha de disponibilidad: _____ Aspiraciones salariales por hora/mes: _____

¿Está trabajando actualmente? SÍ NO En caso afirmativo, ¿podemos contactar a su empleador? SÍ NO

Si está trabajando actualmente, ¿por qué está pensando en dejar su empleo? _____

¿Es capaz de desempeñar las funciones esenciales del puesto al que está solicitando, con o sin adaptaciones razonables? *Si tiene preguntas acerca de las funciones que le corresponden al puesto que está solicitando, pregúntele al entrevistador o al departamento de Recursos Humanos antes de responder.*

SÍ NO

Está disponible para trabajar: Durante el día Durante la noche Durante fines de semana
 A tiempo completo A tiempo parcial
 Explicar: _____

¿Cómo se enteró acerca de nuestra compañía? _____

¿Tiene algún familiar que trabaje en esta compañía? SÍ NO

En caso afirmativo, indique el nombre y el lugar de trabajo: _____

¿Reúne los requisitos legales para trabajar en los Estados Unidos? Sí NO
Es posible que se requiera un comprobante de elegibilidad al inicio del empleo

¿Es mayor de 18 años? Sí NO
 En caso afirmativo, ¿es mayor de 21 años? Sí NO
Es posible que se requiera un comprobante de edad

¿Trabajó alguna vez para esta compañía? Sí NO
 En caso afirmativo,
 ¿dónde? _____ ¿Cuándo? _____ Cargo: _____
 Supervisor: _____ Razón por la que se fue: _____

Entiendo que cualquier oferta posible de empleo podría ser contingente luego de un resultado aceptable de verificación de antecedentes criminales y/o antecedentes del registro de vehículos motorizados.

(iniciales) _____

Educación

	Nombre de la escuela y lugar	Área de estudios	Cantidad de años cursados	Diploma o título recibido
Escuela preparatoria				
Universidad				
Escuela técnica, vocacional u otra				

Otros estudios, capacitaciones o destrezas especiales: _____

Experiencia como conductor

CONDICIONES DE LA LICENCIA DE CONDUCIR

	Estado	Número de licencia	Tipo	Fecha de vencimiento
Licencia de conducir				
Licencia de conducir				
Licencia de conducir				

¿Alguna vez se le denegó una licencia, permiso o privilegio para conducir un vehículo? Sí NO
 ¿Alguna vez se le suspendió o revocó una licencia, permiso o privilegio? Sí NO
En caso de responder afirmativamente alguna de estas preguntas, adjunte una declaración con más detalles.

EXPERIENCIA COMO CONDUCTOR

Clase de equipo	Tipo de equipo (Camioneta, tanque, chata, etc.)	Desde	Hasta	Cantidad aproximada de millas (total)
Camión recto				
Camión tractor y semirremolque				
Camión tractor y dos remolques				
Otros				

REGISTRO DE ACCIDENTES DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS O MÁS

Fecha	Naturaleza del accidente	Víctimas	Lesionados

CONDENAS POR INCIDENTES DE TRÁNSITO DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (SIN CONTAR INFRACCIONES POR ESTACIONAMIENTO)

Lugar	Fecha	Cargo	Sanción

Empleo anterior

Incluya sus últimos tres (3) años de historia laboral y sus últimos diez (10) años de experiencia como conductor comercial, desde lo más reciente hasta lo más antiguo en el tiempo. Incluya el servicio militar como experiencia laboral. Adjunte una hoja si necesita más espacio.

Desde: _____ Hasta: _____ Compañía: _____

Puesto: _____ Razón por la que se fue: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Obligaciones: _____ Salario al dejar el empleo: _____

Supervisor: _____ ¿Podemos contactar a esta compañía? SÍ NO

¿Condujo un vehículo comercial para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a las reglamentaciones de la Administración Federal de Seguridad de Vehículos de Transporte (FMCSA) cuando trabajaba para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a los requisitos de análisis de alcohol y sustancias controladas en virtud de la norma 49 CFR parte 40? SÍ NO

Desde: _____ Hasta: _____ Compañía: _____

Puesto: _____ Razón por la que se fue: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Obligaciones: _____ Salario al dejar el empleo: _____

Supervisor: _____ ¿Podemos contactar a esta compañía? SÍ NO

¿Condujo un vehículo comercial para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a las reglamentaciones de la Administración Federal de Seguridad de Vehículos de Transporte (FMCSA) cuando trabajaba para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a los requisitos de análisis de alcohol y sustancias controladas en virtud de la norma 49 CFR parte 40? SÍ NO

Desde: _____ Hasta: _____ Compañía: _____

Puesto: _____ Razón por la que se fue: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Obligaciones: _____ Salario al dejar el empleo: _____

Supervisor: _____ ¿Podemos contactar a esta compañía? SÍ NO

¿Condujo un vehículo comercial para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a las reglamentaciones de la Administración Federal de Seguridad de Vehículos de Transporte (FMCSA) cuando trabajaba para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a los requisitos de análisis de alcohol y sustancias controladas en virtud de la norma 49 CFR parte 40? SÍ NO

Desde: _____ Hasta: _____ Compañía: _____

Puesto: _____ Razón por la que se fue: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Obligaciones: _____ Salario al dejar el empleo: _____

Supervisor: _____ ¿Podemos contactar a esta compañía? SÍ NO

¿Condujo un vehículo comercial para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a las reglamentaciones de la Administración Federal de Seguridad de Vehículos de Transporte (FMCSA) cuando trabajaba para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a los requisitos de análisis de alcohol y sustancias controladas en virtud de la norma 49 CFR parte 40? SÍ NO

Desde: _____ Hasta: _____ Compañía: _____

Puesto: _____ Razón por la que se fue: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Obligaciones: _____ Salario al dejar el empleo: _____

Supervisor: _____ ¿Podemos contactar a esta compañía? SÍ NO

¿Condujo un vehículo comercial para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a las reglamentaciones de la Administración Federal de Seguridad de Vehículos de Transporte (FMCSA) cuando trabajaba para este empleador? SÍ NO

¿Estaba sujeto a los requisitos de análisis de alcohol y sustancias controladas en virtud de la norma 49 CFR parte 40? SÍ NO

Referencias

_____ (iniciales) Doy mi consentimiento voluntariamente para permitirles a la compañía y a cualquiera de sus ejecutivos, empleados o representantes a verificar mis referencias y contactarse con cualquier persona o entidad que consideren que sea una referencia adecuada. Entiendo que les podrán formular preguntas acerca de mis antecedentes personales o educativos, experiencia laboral, carácter o personalidad.

Enumere a continuación el nombre de tres personas que no sean familiares y que conozca desde hace al menos un año.

Nombre	Ocupación y Compañía	Vínculo y cantidad de años	Teléfono

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que las declaraciones que anteceden son verdaderas y correctas. Autorizo a la Compañía a investigar sobre mis antecedentes personales o laborales, y autorizo a cualquier empleador actual o anterior, persona, empresa, corporación, agencia crediticia o dependencia gubernamental a proporcionarle a la Compañía cualquier información que tengan sobre mi persona. Asimismo, libero a la Compañía y a todos los proveedores de información de cualquier responsabilidad que surja como consecuencia de suministrar y recibir esta información. Entiendo que, si cometo alguna omisión o proporciono información falsa, podré quedar descalificado para el empleo o, si soy contratado, podría ocasionar el despido de la Compañía.

Además, acepto que, si soy contratado, mi conducta se ajustará a las reglas, reglamentaciones y políticas para empleados de la Compañía. Entiendo que ningún reclutador de personal, entrevistador u otro representante que no sea un ejecutivo de la Compañía tiene la facultad de otorgar un contrato de empleo por un tiempo determinado, y que los manuales para empleados que se me entreguen durante el transcurso de mi empleo no se considerarán como un contrato. Asimismo, entiendo que ninguna información en esta solicitud ni el hecho de que se me otorgue una entrevista dará lugar a un contrato de empleo ni supondrá que estoy recibiendo un beneficio, y que TENGO EL DERECHO DE FINALIZAR LA RELACIÓN LABORAL EN CUALQUIER MOMENTO Y LA COMPAÑÍA TIENE EL MISMO DERECHO.

Firma: _____ Fecha: _____

Skyland Grain, LLC

Política de un lugar de trabajo libre de drogas *(resumen)*

Todos los solicitantes de empleo: Favor de leer atentamente y guardar en sus registros.

Skyland Grain, LLC (“La Compañía”) no tolerará que los empleados tengan un desempeño laboral deficiente debido al consumo o abuso de sustancias. A continuación, se incluye un resumen de dicha política. La política en su totalidad se describirá en el manual para empleados que se le entregará al momento de la contratación, si corresponde, o bien podrá solicitar una copia de la política completa al departamento de Recursos Humanos.

La Compañía prohíbe estrictamente el uso, posesión, venta, entrega, distribución o fabricación de drogas ilegales, sustancias intoxicantes, sustancias controladas, marihuana, alcohol o accesorios para el consumo de drogas en cualquier cantidad o de cualquier manera, tanto en el lugar de trabajo como en el desempeño de las tareas laborales. El cumplimiento de la política de un lugar de trabajo libre de drogas es una condición de su empleo. El empleador tomará las medidas disciplinarias correspondientes contra cualquier empleado que se descubra incumpliendo los requerimientos de un lugar de trabajo libre de drogas. El empleador establece la política de prohibir cualquier comportamiento o desempeño que, a su criterio, interfiere o afecta negativamente el empleo, como trabajar bajo los efectos de drogas ilegales, marihuana, sustancias controladas o alcohol, o la fabricación, entrega, distribución, posesión o consumo de drogas ilegales, marihuana, sustancias controladas o alcohol en el lugar de trabajo. Estas acciones son motivos suficientes para aplicar medidas disciplinarias que pueden incluir advertencias verbales o escritas, suspensión o despido inmediato, o completar satisfactoriamente un programa aprobado de rehabilitación por el consumo de drogas.

Obligaciones del empleado:

- Cumplir con los términos de la política de análisis de detección de drogas y alcohol de la Compañía.
- Notificar a la compañía sobre cualquier condena en virtud de una norma penal por una infracción cometida por el empleado en el lugar de trabajo, a más tardar, cinco (5) días luego de que se emita la condena.
- Someterse a los análisis obligatorios.
 - **Antes de incorporarse como empleado**
 - **Cuando surge una sospecha razonable**
 - **Para detección aleatoria**
 - **De detección posteriores a un accidente**
 - **Antes de reincorporarse a las tareas**
 - **De seguimiento**
 - **Análisis periódicos programados**

De conformidad con las leyes estatales y las reglamentaciones del Departamento de Transporte, la Compañía realizará los análisis de detección de drogas y alcohol que se exigen para todos los conductores con una licencia de conducir comercial. Los conductores con una licencia de conducir comercial también quedarán sujetos a análisis aleatorios de detección mientras trabajen para la Compañía.

Todos los análisis iniciales serán realizados por un laboratorio médico independiente habilitado, que cumpla con las normas de análisis establecidas por el gobierno estatal o federal. La Compañía asumirá el costo de dichos análisis. El análisis se practicará en una muestra de orina suministrada por el empleado al laboratorio de análisis en virtud de los procedimientos establecidos por el laboratorio para garantizar la privacidad del empleado, a la vez que se evita la manipulación o alteración de los resultados. Si un empleado obtiene un resultado positivo en el primer análisis, quedará suspendido temporalmente mientras se realice el análisis de confirmación. El laboratorio de análisis conservará las muestras de conformidad con las leyes estatales, de modo que un empleado podrá solicitar un análisis de confirmación de la muestra si no está de acuerdo con el resultado y deberá asumir el costo correspondiente. El empleado tiene derecho a obtener copias de todos los resultados del laboratorio de análisis o de la Compañía. Si no está de acuerdo con el resultado, podrá solicitarle al laboratorio que repita el análisis. La repetición correrá por cuenta del empleado, a menos que este segundo análisis revierta el informe original del laboratorio, en cuyo caso la Compañía le reembolsará por el costo incurrido al repetir el análisis. Una vez que la Compañía determine si existen o no pruebas que indiquen que los resultados son incorrectos, se le informará al empleado de su decisión.

El empleado que se rehúse a someterse a un análisis cuando se le solicite quedará sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir el despido, en virtud de la política disciplinaria de la Compañía.

Para obtener más información sobre las políticas y procedimientos de los laboratorios de análisis afiliados y autorizados, comuníquese con el departamento de Recursos Humanos.

Skyland Grain, LLC

Reconocimiento de un lugar de trabajo libre de drogas y formulario de consentimiento para análisis detección de drogas

Confirmando que recibí de Skyland Grain, LLC ("la Compañía") una copia de la POLÍTICA DE LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS (versión completa o resumida) y declaro que he leído y comprendo la política, y acepto regirme por esta.

CONSENTIMIENTO PARA ANÁLISIS DE DETECCIÓN DE DROGAS ANTES DE INCORPORARSE COMO EMPLEADO, ALEATORIO, CUANDO SURJA UNA SOSPECHA RAZONABLE, POSTERIORMENTE A UN ACCIDENTE, POR MOTIVOS DE SEGURIDAD, PERIÓDICO Y PROGRAMADO, O DE CONTROL, Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por el presente, doy mi CONSENTIMIENTO para permitirles a la Compañía y a sus agentes y representantes designados a tomar una muestra de mi cabello, orina o sangre y someterla a un análisis de detección de drogas antes de incorporarme como empleado, aleatorio, cuando surja una sospecha razonable, posteriormente a un accidente, por motivos de seguridad, periódico y programado, o de control. Asimismo, AUTORIZO al servicio de análisis de laboratorio que ponga a disposición de mi futuro o actual empleador los resultados de dichos análisis.

En consideración de que dichos servicios se presten en mi nombre, por el presente, LIBERO al servicio de análisis de laboratorio, sus ejecutivos, agentes y empleados de cualquier reclamo que surja por el hecho de poner a disposición dichos resultados. Por el presente, ACEPTO QUE NO INICIARÉ NINGUNA ACCIÓN en un tribunal de derecho común o de equidad contra la Compañía, el servicio de análisis de laboratorio, sus respectivos ejecutivos, agentes o empleados, en relación con el hecho de poner a su disposición dichos resultados. Por el presente, acepto INDEMNIZAR Y LIBERAR DE RESPONSABILIDAD a la Compañía, el servicio de análisis de laboratorio, sus respectivos ejecutivos, agentes o empleados de todos los daños, gastos, honorarios razonables de abogados y costas judiciales en los que cualquiera de ellos o todos incurran, de manera conjunta o solidaria, a raíz del hecho de que dichos resultados se hayan puesto a su disposición.

La redacción de este formulario de consentimiento no tiene la finalidad de crear un contrato de empleo con ninguno de los empleados, ni se interpretará como tal. Todos los empleados conservarán el derecho de finalizar la relación laboral en cualquier momento y la Compañía tiene el mismo derecho.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre en letra de
impresa _____

Número de Seguro
Social _____

Skyland Grain, LLC

Divulgación y autorización en virtud de la Ley Federal de Información Crediticia Imparcial (FCRA)

Todos los solicitantes de empleo: Favor de leer atentamente a continuación y firmar.

DIVULGACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES

Skyland Grain, LLC ("la Compañía") es un empleador que honra la igualdad de oportunidades y que está comprometido con una política de no discriminación laboral por motivo de la raza, credo, color de piel, edad, sexo, religión, nacionalidad, estado civil, discapacidad física o mental, antecedentes penales o cualquier otra condición protegida por ley. La información suministrada por el solicitante para realizar una verificación de antecedentes antes de incorporarse como empleado se utiliza únicamente a los efectos de identificar al solicitante y proceder a la verificación. Por medio de este documento, la Compañía le presenta un informe de investigación del consumidor que contiene información sobre su carácter, reputación general, características personales, antecedentes laborales, antecedentes militares, educación, solvencia, capacidad crediticia, carácter, antecedentes vehiculares, antecedentes penales o modo de vida, y que puede implicar entrevistas personales con fuentes tales como sus vecinos, amigos o colegas. Previa solicitud por escrito formulada dentro de un plazo razonable luego de recibir esta notificación, usted tiene derecho a solicitar la divulgación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor y de pedir una copia de cualquier informe sobre su persona.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Confirmando que recibí la divulgación sobre la investigación de antecedentes y un resumen de mis derechos en virtud de la Ley Federal de Información Crediticia Imparcial, y certifico que he leído y entiendo ambos documentos.

De conformidad con la Ley Federal de Información Crediticia Imparcial, por el presente, autorizo a la Compañía y a sus agentes y representantes designados a realizar una evaluación exhaustiva de mis antecedentes a través de un informe del consumidor o un informe de investigación del consumidor que se generará con el fin de contratarme, ascenderme, reasignarme o retenerme como empleado. Entiendo que el alcance del informe del consumidor o informe de investigación del consumidor podrá incluir las siguientes áreas, entre otras: verificación del número de Seguro Social; domicilios actuales y anteriores; historia laboral, incluidos todos los expedientes de personal; educación; referencias; historial e informes crediticios; antecedentes penales, incluidos todos los registros de cualquier oficina de justicia penal en cualquier jurisdicción federal, estatal o del condado; acta de nacimiento; registros vehiculares, incluidas multas de tránsito y registros; y cualquier otro registro público.

Autorizo que se divulgue a la Compañía la totalidad de los registros o datos sobre mi persona que posea un individuo, compañía, empresa, corporación u oficina pública. Confirmando que se puede aceptar una fotocopia de esta autorización, la cual tendrá la misma validez que el original.

Solo para solicitantes o empleados de Oklahoma: marque esta casilla si desea recibir una copia del informe del consumidor sin cargo si la Compañía obtiene uno.

Al firmar a continuación, confirmo que, en virtud de la Ley Federal de Información Crediticia Imparcial, si se deben tomar medidas en base a dicho informe, se me proporcionará una copia del mismo y un resumen de los derechos del consumidor.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Número del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado de licencia de conducir: _____

Dirección actual: _____ *Domicilio físico:* _____

_____ *Ciudad:* _____ *Estado:* _____ *Código postal:* _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si el solicitante es menor de 18 años de edad:

Nombre de padre, madre o tutor legal (letra de imprenta): _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Un resumen de sus derechos en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito

La Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA), una ley federal, fomenta la exactitud, imparcialidad y privacidad de la información en los archivos de las agencias de informe del consumidor. Existen muchos tipos de agencias de informe del consumidor, incluidas las agencias de crédito (credit bureaus) y las agencias especializadas (como las agencias que venden información sobre el historial de extensión de cheques, registros médicos y registros de historial de alquiler). A continuación se presenta un resumen de sus principales derechos en virtud de la FCRA. **Para obtener más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, visite www.consumerfinance.gov/learnmore o escriba a: Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.**

- **Deben notificarle si la información contenida en su archivo se ha utilizado en su contra.** Todo aquel que utilice un informe de crédito u otro tipo de informe de consumidor para denegar su solicitud de crédito, seguro o empleo, o para emprender otra acción adversa en su contra, debe informarle y debe darle el nombre, la dirección y el número de teléfono de la agencia que proporcionó esa información.
- **Usted tiene derecho a saber lo que contiene su archivo.** Usted puede solicitar y obtener toda la información registrada bajo su nombre en los archivos de una agencia de informe del consumidor (divulgación de su información). Usted deberá proporcionar una prueba de su identidad, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación de la información de su archivo será gratuita. Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de su archivo si:
 - Una persona ha emprendido una acción adversa en su contra debido a la información contenida en su informe de crédito.
 - Usted es víctima de un robo de identidad y coloca una alerta de fraude en su archivo.
 - Su archivo contiene información inexacta como resultado de fraude.
 - Usted recibe asistencia pública.
 - Usted no está empleado pero prevé solicitar empleo en un plazo de 60 días.
- Asimismo, todos los consumidores tendrán derecho a recibir una copia gratuita de la información registrada en su archivo cada 12 meses si así se lo solicitan a cada agencia de crédito a nivel nacional y a las agencias especializadas de informe del consumidor a nivel nacional. Para obtener más información, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **Usted tiene derecho a pedir su puntaje de crédito.** Los puntajes de crédito son resúmenes numéricos de su solvencia de crédito basados en la información de las agencias de crédito. Usted puede solicitar su puntaje de crédito a las agencias de informe del consumidor que generan o distribuyen los puntajes utilizados en préstamos de bienes raíces residenciales, pero tendrá que pagar un cargo. En algunas transacciones hipotecarias, el prestamista le dará información sobre su puntaje de crédito gratuitamente.
- **Usted tiene derecho a impugnar la información incompleta o inexacta.** Si usted identifica información en su archivo que es incompleta o inexacta, y la reporta a la agencia de informe del consumidor, la agencia debe investigar, a menos que su impugnación sea frívola. Para consultar una explicación sobre los procedimientos de impugnación, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **Las agencias de informe del consumidor deben corregir o eliminar la información inexacta, incompleta o no verificable.** La información inexacta, incompleta o no verificable debe ser eliminada o corregida, por lo general en un plazo de 30 días. No obstante, si una agencia de informe del consumidor verifica la exactitud de la información, puede seguir reportándola.
- **Las agencias de informe del consumidor no pueden reportar información negativa desactualizada.** En la mayoría de los casos, una agencia de informe del consumidor no puede reportar información negativa ocurrida hace más de siete años, ni quiebras ocurridas hace más de 10 años.
- **El acceso a su archivo es limitado.** Una agencia de informe del consumidor puede proporcionar información sobre usted solamente a aquellas personas que realmente la necesitan — generalmente para considerar una solicitud presentada por usted ante un acreedor, asegurador, empleador, propietario de una vivienda en alquiler u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son las personas que tienen una necesidad válida de acceso.
- **Usted debe otorgar su consentimiento para que se envíen sus informes a los empleadores.** Una agencia de informe del consumidor no puede darle información sobre usted a su empleador, ni a un posible empleador sin su consentimiento escrito a nombre del empleador. Por lo general, el consentimiento escrito no es requerido en la industria del transporte de carga por camión. Para obtener más información, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **Usted puede limitar las ofertas "pre-evaluadas" de crédito y seguro que recibe y que están basadas en la información de su informe de crédito.** Las ofertas "pre-evaluadas" de crédito y seguro no solicitadas deben incluir un número de teléfono gratuito al que usted puede llamar si desea eliminar su nombre y dirección de las listas en las que se basan estas ofertas. Puede solicitar su exclusión voluntaria de estas listas llamando a las agencias de crédito a nivel nacional al 1-888-5-OPTOUT (1-888-567-8688).
- El siguiente derecho, en virtud de la FCRA, se aplica a las agencias de informe del consumidor a nivel nacional:
LOS CONSUMIDORES TIENEN EL DERECHO A OBTENER UNA SUSPENSIÓN POR SEGURIDAD
Usted tiene derecho a colocar un "congelamiento de seguridad" en su informe de crédito, la misma que prohíbe a las agencias de informe del consumidor, a entregar información sobre su informe de crédito sin su autorización expresa. El congelamiento de seguridad está diseñado para evitar que créditos, préstamos y servicios se aprueben en su nombre sin su consentimiento. Sin embargo, usted debe saber que colocar un congelamiento de seguridad para controlar el acceso a la información personal y financiera en su informe de crédito podría retrasar, interferir o bloquear la aprobación a tiempo de peticiones o solicitudes posteriores que usted haga con respecto a un nuevo préstamo, crédito, hipoteca o cualquier otra transacción para obtener un crédito.
Como alternativa a un congelamiento de seguridad, usted tiene derecho a colocar una alerta de fraude inicial o extendida en su archivo de crédito sin costo alguno. Una alerta de fraude inicial es un aviso que se coloca en el archivo de crédito del consumidor

por un (1) año. Cuando una alerta de fraude se despliega en el archivo de crédito del consumidor, la empresa está obligada a tomar medidas para verificar la identidad de dicho consumidor, antes de concederle un crédito. Si usted es una víctima del robo de identidad, usted tiene derecho a colocar una alerta de fraude extendida, que es un aviso de fraude que dura 7 años.

El congelamiento de seguridad no es aplicable a personas o entidades, ni a las subsidiarias o agencias de cobranza que actúen en nombre de dichas personas o entidades, con las cuales usted ya tiene una cuenta y que solicitan información sobre su informe de crédito con el fin de cobrarle o revisar su cuenta. Revisar una cuenta significa realizar ciertas actividades como el mantenimiento, vigilancia, actualizaciones, mejoras y aumentos a la línea de crédito de dicha cuenta.

- **Usted puede obtener compensación de los infractores.** Si una agencia de informe del consumidor o, en algunos casos, un usuario de informe del consumidor, o un proveedor de información de una agencia de informe del consumidor infringe la FCRA, usted puede demandarlo ante una corte estatal o federal.
- **Las víctimas del robo de identidad y el personal militar en servicio activo tienen derechos adicionales.** Para obtener más información, visite www.consumerfinance.gov/learnmore.

Los estados tienen autoridad para hacer cumplir la FCRA, y muchos estados tienen su propia legislación sobre los informes de los consumidores. En algunos casos, usted puede tener más derechos en virtud de la ley estatal. Para obtener más información, comuníquese con su agencia estatal o local de protección del consumidor o con el Fiscal General estatal. Para obtener información sobre sus derechos federales, establezca contacto con:

TIPO DE NEGOCIO:	ESTABLEZCA CONTACTO CON:
1.a. Bancos, asociaciones de ahorro y cooperativas de crédito con activos totales de más de \$10 mil millones de dólares y sus filiales b. Dichas filiales que no sean bancos, asociaciones de ahorro o cooperativas de crédito también deben listar, además del CFPB:	a. Consumer Financial Protection Bureau 1700 G Street, N.W. Washington, DC 20552 b. Federal Trade Commission Consumer Response Center 600 Pennsylvania Avenue, N.W. Washington, DC 20580 (877) 382-4357
2. En la medida en que no estén comprendidos en el punto 1 anterior: a. Bancos nacionales, asociaciones de ahorro federales y sucursales federales y agencias federales de bancos extranjeros b. Bancos miembros del estado, sucursales y agencias de bancos extranjeros (que no sean sucursales federales, agencias federales, o Sucursales Estatales Aseguradas de Bancos Extranjeros), compañías de préstamos comerciales de propiedad o controladas por bancos extranjeros y las organizaciones que operan bajo la sección 25 o 25A de la Ley de la Reserva Federal (Federal Reserve Act) c. Bancos Asegurados No Miembros, Sucursales Estatales Aseguradas de Bancos Extranjeros y asociaciones de ahorros estatales aseguradas d. Cooperativas Federales de Crédito	a. Office of the Comptroller of the Currency Customer Assistance Group 1301 McKinney Street, Suite 3450 Houston, TX 77010-9050 b. Federal Reserve Consumer Help Center P.O. Box. 1200 Minneapolis, MN 55480 c. FDIC Consumer Response Center 1100 Walnut Street, Box #11 Kansas City, MO 64106 d. National Credit Union Administration Office of Consumer Financial Protection (OCFP) Division of Consumer Compliance Policy and Outreach 1775 Duke Street Alexandria, VA 22314
3. Compañías aéreas	Asst. General Counsel for Aviation Enforcement & Proceedings Aviation Consumer Protection Division Department of Transportation 1200 New Jersey Avenue, S.E. Washington, DC 20590
4. Acreedores sujetos a la Junta de Transporte Terrestre (Surface Transportation Board)	Office of Proceedings, Surface Transportation Board Department of Transportation 395 E Street, S.W. Washington, DC 20423
5. Acreedores sujetos a la Ley de Empacadores y Corrales Ganaderos de 1921 (Packers and Stockyards Act, 1921)	Supervisor de la oficina más cercana de la Packers and Stockyards Administration
6. Compañías de Inversión en Pequeños Negocios	Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration 409 Third Street, S.W., Suite 8200 Washington, DC 20416
7. Agentes y Distribuidores	Securities and Exchange Commission 100 F Street, N.E. Washington, DC 20549
8. Bancos Agrícolas Federales, Asociaciones de Bancos Agrícolas Federales, Bancos Federales de Crédito Intermedio y Asociaciones de Crédito a la Producción	Farm Credit Administration 1501 Farm Credit Drive McLean, VA 22102-5090
9. Minoristas, Compañías Financieras y todos los demás acreedores no indicados anteriormente	Federal Trade Commission Consumer Response Center 600 Pennsylvania Avenue, N.W. Washington, DC 20580 (877) 382-4357

Skyland Grain, LLC

Solicitud de información de DOT del empleador anterior

EL SOLICITANTE DEBERÁ COMPLETAR ESTA PÁGINA

Por el presente, lo autorizo a divulgar la siguiente información a Skyland Grain, LLC ("La Compañía"), con los de la investigación requerida por las secciones 40.25 y 391.23 y autorizada por la sección 383.35 de las reglamentaciones de la Administración Federal de Seguridad de Vehículos de Transporte. Usted quedará exento de cualquier responsabilidad que pueda surgir tras proporcionar dicha información.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre en letra de
impresión _____

Información del empleador anterior:

Nombre: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Información del empleador anterior:

Nombre: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Información del empleador anterior:

Nombre: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

***** ¡ALTO! *****
La compañía completará las secciones restantes del formulario

La Compañía deberá obtener esta información del empleador anterior (por escrito o por teléfono)

1. Fechas de empleo (desde _____ hasta _____). Salario y sueldo _____.
2. ¿El solicitante condujo un vehículo para usted? SÍ NO En caso afirmativo, indicar tipo _____.
3. ¿El empleado era un conductor seguro y eficiente? SÍ NO
4. Razón por la que se fue: Despido Renuncia Reestructura
5. ¿Demostraba un comportamiento general satisfactorio? _____
6. Detalle los antecedentes de conducción, si están disponibles, de los últimos tres años:

Fecha del accidente	Tipo	Lugar	Evitable/no evitable	Lesionados	Víctimas	Costo

Fecha de la multa	Tipo	Lugar	Evitable/no evitable	Lesionados	Víctimas	Costo

7. ¿Volvería a contratar a esta persona? SÍ NO
8. Observaciones: _____

Registro de análisis de detección de drogas y alcohol (dos años anteriores)

1. ¿El empleado obtuvo un resultado de 0.04 o superior en un análisis de alcohol? SÍ NO
2. ¿El empleado obtuvo un análisis de detección de drogas positivo y verificado? SÍ NO
3. ¿El empleado se rehusó a someterse a un análisis (lo que incluye resultados de análisis de drogas sustituidos o adulterados y verificados)? SÍ NO
4. ¿El empleado incumplió alguna reglamentación sobre análisis de detección de drogas y alcohol de otras agencias del Departamento de Transporte? SÍ NO
5. Si el empleado incumplió una reglamentación sobre análisis de detección de drogas y alcohol del Departamento de Transporte, ¿posee documentación que compruebe que el empleado completó satisfactoriamente los requisitos para reincorporarse a sus tareas (incluidos análisis de seguimiento)? SÍ NO

Declaración de certificación del empleador anterior

Certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera conforme a mi leal saber y entender.

 Nombre en letra de imprenta

 Fecha

 Firma

 Cargo

Si se solicitó por teléfono, nombre del entrevistador _____

Skyland Grain, LLC

Consentimiento general para consultas limitadas del Centro de Intercambio de información sobre Drogas y Alcohol de la Administración Federal de Seguridad de Autotransportes (FMCSA)

Mediante este documento CONSIENTO permitir que Skyland Grain, LLC (“la Compañía”) y sus agentes y representantes designados realicen múltiples consultas limitadas del Centro de Intercambio de Información sobre Drogas y Alcohol de la Administración Federal de Seguridad de Autotransportes (FMCSA) (“el Centro de Intercambio”) para determinar si existe información acerca de mí respecto de infracciones sobre drogas y alcohol en el Centro de Intercambio. Estas consultas podrían tener lugar durante el período anterior al empleo así como mientras sea empleado de la Compañía.

Entiendo que si una consulta limitada realizada por la Compañía indica que existe información acerca de mí respecto de infracciones sobre drogas y alcohol en el Centro de Intercambio, la FMCSA no divulgará esa información a la Compañía sin primero obtener mi consentimiento específico adicional.

Entiendo además que si me niego a otorgar mi consentimiento para que la Compañía lleve a cabo una consulta limitada en el Centro de Intercambio, la Compañía debe prohibirme realizar funciones sensibles a la seguridad, incluido conducir un vehículo de motor comercial, tal como lo disponen los reglamentos del programa sobre drogas y alcohol de la FMCSA.

La redacción de este formulario de consentimiento no tiene la finalidad de crear un contrato de empleo con ninguno de los empleados, ni se interpretará como tal. Todos los empleados conservarán el derecho de finalizar la relación laboral en cualquier momento y la Compañía tiene el mismo derecho.

Nombre del solicitante/empleado en letra de imprenta

Firma del solicitante/empleado

Fecha