

**GREENFIELD FENCE INC
EMPLOYMENT APPLICATION/SOLICITUD DE EMPLEO**

Equal Opportunity Employer/ Igualdad de oportunidades en el empleo.

The policy of the Company is to provide equal opportunity to all persons without regard to race, color, sex, religion, national origin, age, disability, sexual orientation, gender identity, parental status, or because they have discussed, disclosed, or inquired about compensation, and Disabled Veteran/Recently Separated Veteran/Armed Forces Service Medal Veteran/Active Duty Wartime or Campaign Badge Veteran status (collectively referred to as "Protected Veterans"), or other bases protected by applicable law. Company policy prohibits harassment of applicants or employees related to these bases. The Company has established a continuing affirmative action program to assure equal employment opportunity in all its policy decisions affecting recruitment, selection, assignment, promotion, training, and all other terms and conditions of employment./La política de la empresa es proporcionar igualdad de oportunidades a todas las personas sin distinción de raza, color, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, estado parental, o porque haiga hablado de, revelado o preguntado sobre la paga de dinero y estado discapacitado veterano/recientemente veteranos separados /servicio de la fuerzas armadas, medalla de veterano activo durante la guerra, veterano con placa de campaña (nominadas colectivamente como "Veteranos protegidos") o otras bases protegidas por la ley aplicable. La Política de la empresa prohíbe el acoso de los solicitantes o empleados con relación a estas bases. La compañía ha establecido un programa continuo de acción afirmativa para asegurar oportunidades de empleo justas en todas sus decisiones de política que afectan al reclutamiento, selección, asignación, promoción, capacitación y todos otros términos y condiciones de empleo.

Date/Fecha: _____

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código: _____

Telephone/Telefono: _____

Position applied for/Puesto solicitado: _____

Are you at least 18 yrs of age/Tiene usted por lo menos 18 años de edad? Yes/Si: _____ No _____

How did you hear about the opening/Como informo usted de este puesto vacante: _____

Are you a U.S. citizen or otherwise authorized to work in the U.S. on an unrestricted basis? (You may be required to provide documentation)/ Es usted un ciudadano de los Estados Unidos E.E.U.U. O de otra manera autorizado para trabajar en los Estados Unidos E.E.U.U. de base sin restricciones? (usted Puede ser requerido a proveer documentación)

Yes/Si: _____ No: _____

Education/ Educación	School Name and Location Nombre y Lugar de Escuela	Year Año	Major Area	Degree Lic.
-------------------------	---	-------------	---------------	----------------

In addition to your work history are there other skills, qualifications, or experiences that we should consider?/ Además de su historia de trabajo, hay otras habilidades, cualificaciones, o experiencia que debemos considerar?

Employment History/Historia de Empleo

Date Started Fecha de Inicio .	Company Name Nombre de Compania	AddressPhone Direccion/Telefono	Supervisor Name Nombre de Supervisor

Please read carefully, initial each paragraph and sign below/ Por favor lea cuidadosamente, ponga sus iniciales en cada párrafo y firme abajo:

____ I hereby certify that I have not knowingly withheld any information that might adversely affect my chances for employment and that the answers given by me are true and correct to the best of my knowledge. I further certify that I, the undersigned applicant, have personally completed this application. I understand that any omission or misstatement of material fact on this application or on any document used to secure employment shall be grounds for rejection of this application or for immediate discharge if I am employed, regardless of the time elapsed before discovery. / Por lo presente yo certifico que no he ocultado intencionalmente ningun dato que pueda perjudicar mis probabilidades de ser contratado y que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas a lo mejor de mi conocimiento ademas certifico que yo, el solicitante he completado personalmente esta solicitud de empleo. Yo Entiendo que cualquier omisión o declaración falsa de hechos materiales en esta solicitud o en cualquier documento utilizado para conseguir el empleo será motivo suficiente para rechazar esta solicitud o para despedirme inmediatamente en case de ser contratado, independientemente del tiempo transcurrido hasta que se descubran los hechos.

___ I hereby authorize Greenfield Fence Inc. to thoroughly investigate my references, work record, education, and other matters related to my suitability for employment unless otherwise specified above. I further, authorize the references I have listed to disclose to the company any and all letters, reports, and other information related to my work records, without giving me prior notice of such disclosure. In addition, I hereby release the Company, my former employers and all other persons, corporations, partnerships, and associations from any and all claims, demands or liabilities arising out of or in any way related to such investigation or disclosure. / Por lo presente yo autorizo a Greenfield Fence Inc. A investigar a fondo mis referencias, registros laborales, educación y otras cuestiones relacionadas con mi idoneidad para el empleo al menos que a lo contrario se especifique arriba. Además, autorizo a las personas que he indicado como referencias a que divulguen con la empresa todas las cartas, informes y otras información relacionada con mis registros laborales, sin necesidad de notificarme previamente. Por este medio libero la Empresa, a mis ex empleadores y a todas las demás personas, corporaciones, alianzas y asociaciones de todo reclamo, demandas o responsabilidades que surjan o que de cualquier otro modo se relacione con dicha investigación o divulgación.

___ I understand that nothing contained in the application, or conveyed during any interview which may be granted during my employment, if hired is intended to create an employment contract between me and the company. In addition, I understand and agree that if I am employed, my employment is for no definite or determinable period and may be terminated at any time, with or without prior notice, at the option of either myself or the Company, and that no promises or representations contrary to the foregoing are binding on the company unless made in writing and signed by me and the Company's designated representative. / yo entiendo que nada en lo contenido en la solicitud o transmitido durante cualquier entrevista que son otorgadas durante mi empleo, si contratado es la intencion de crear un contrato de trabajo entre yo y la empresa. Asimismo, entiendo y acepto que en case de ser contratado, mi empleo no será por un tiempo definido ni determinable, que se podría terminar en cualquier momento, con o sin aviso previo, por decisión mía o de la Empresa, y que promesas o representaciones al contrario de lo anterior no son obligatorias para la empresa a menos que por escrito y firmado por mí y por el representante de la empresa designado.

___ In compliance with federal law, all persons hired will be required to verify identity and eligibility to work in the United states and to complete the required employment eligibility verification document form upon hire./
En conformidad con la ley federal, todas las personas contratadas será necesario a verificar su identidad y elegibilidad de trabajar en los Estados Unidos y para completar el formulario de verificación de elegibilidad de empleo requerido al contratarse.

English:

I certify that the facts set forth in this application for employment are true and complete to the best of my knowledge. I understand that if I am employed, false statements on this application shall be considered sufficient cause for dismissal. This company is hereby authorized to make any investigations of my prior educational and employment history.

I understand that employment at this company is "at will," which means that either I or this company can terminate the employment relationship at any time, with or without prior notice, and for any reason not prohibited by statute. All employment is continued on that basis. I understand that no supervisor, manager, or executive of this company, other than the president, has any authority to alter the foregoing.

I must be lawfully authorized to work in the United States and show Greenfield Fence Inc. documentation that will prove this. I am also aware that Greenfield Fence Inc. participates in the U.S. Governments e-verify system to verify all work related documents provided as part of the hiring process (documents which support the completion of the I-9).

I certify that all statements in this application are true and correct and that any falsification shall result in dismissal.

Español

Yo Certifico que los hechos establecidos en esta solicitud de empleo son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si soy empleado, declaraciones falsas en esta solicitud se considerará como causa suficiente para despido. Esta empresa está autorizada para hacer cualquier investigación de mis antecedentes de educación y empleo

Yo entiendo que empleo en esta empresa es "a voluntad" que significa que sea yo o esta empresa puedo terminar el empleo laboral en cualquier momento con o sin ningún previo aviso y por cualquier razón que no esté prohibida por la ley. Todo el empleo se continuara sobre esta base. Yo entiendo que ningún supervisor, gerente o ejecutivo de esta empresa, que no sea el Presidente tiene la autoridad para modificar lo anterior.

Yo debo estar legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos y mostrar la documentación a Greenfield fence Inc. que compruebe esto. También estoy consciente de que Greenfield Fence Inc. participa en el sistema de e-verificar del gobierno de los Estados Unidos, para verificar todo los documentos relacionados como parte del proceso de contratación (documentos que apoyan la realización del I-9)..

Yo certifico que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas y que cualquier falsificación resultara en despido.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

APPLICANT AFFIRMATIVE ACTION INFORMATION FORM

Voluntary

Thank you for your interest in employment with our Company. The following questions about your race and gender and Protected Veteran status are included only because of government regulations. As an Equal Opportunity Employer, the Company does not use this information in its employment decisions, so whether or not you return this form has no effect on your application. To the extent we are a government contractor subject to the Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act of 1974, as amended by the Jobs for Veterans Act of 2002, we comply with requirements to take affirmative action regarding the employment of, and advancement in employment of, qualified Protected Veterans (disabled veterans, active duty wartime or campaign badge veterans, Armed Forces service medal veterans, and recently separated veterans). If you come within any of those categories, and would like to be included in our affirmative action program, you may tell us now or at any time in the future. We also invite you to tell us now, or at any time in the future, about any reasonable accommodations that you believe we could make which would better enable you to perform the essential functions of the job properly and safely. Submitting this information is voluntary. Providing it or declining to provide it will not affect your application or employment in any way. If you choose to submit the information, it will be kept confidential to the extent provided by law.

- 1. Name: _____
- 2. Date of application: _____
- 3. Position(s) applied for: _____
- 4. Veteran Status:

a. Status: Check one of the following boxes

- I identify as one or more of the classifications of Protected Veteran listed below.
- I identify as a veteran, just not a Protected Veteran.
- I am not a veteran.
- I do not wish to self-identify.

b. Protected Veterans are described as:

- | | |
|---|--|
| Disabled Veteran-- | (Veteran entitled to VA-administered disability compensation for, or discharged from active duty because of, a service-connected disability, or who would be so entitled but for receipt of military retired pay). |
| Active Duty Wartime or Campaign Badge Veteran-- | (Veteran who served on active duty during a war or a campaign or expedition for which a campaign badge has been authorized. List of eligible campaigns can be found at http://www.opm.gov/staffingportal/vgmedal2.asp) |
| Armed Forces Service Medal Veteran-- | (Veteran who, while on active duty, participated in a military operation for which an Armed Forces Service Medal was awarded pursuant to Exec. Order No. 12985). |
| Recently Separated Veteran-- | (Veteran who served on active duty and was discharged or released from active duty within the last three years). |

If you wish to provide this information, you may submit it with your application form or send it to the appropriate address

Forma de Información Sobre Acción Afirmativa

Voluntario

Gracias por su interés en un empleo con Greenfield Fence Inc. (en lo sucesivo la empresa). Las siguientes preguntas sobre su raza/grupo étnico están incluidas solamente por reglamentos del gobierno. Como un empleador de igualdad de oportunidades, la empresa no usa esta información en sus decisiones de empleo. Así que si usted no proporciona esta información, no tiene afecto en su aplicación. En la medida que somos un contratista del gobierno sujetos a la Ley del Reajuste de Asistencia a los Veteranos de de la Era Vietnam de 1974, modificado por la Ley de Empleos para Veteranos del 2002, nosotros cumplimos con los requisitos para tomar acción afirmativa respecto al empleo, y el adelanto en el empleo de Veteranos Protegidos (veteranos discapacitados, veteranos en servicio activo en tiempo de guerra o veteranos con insignias de , veteranos en servicio de las fuerzas armadas con medalla, y veteranos recientemente separados). Si usted cualifica en alguna de estas categorías, y le gustaría ser incluido en nuestro programa de acción afirmativa, usted nos puede avisar ahora, o en cualquier momento en el futuro. Nosotros también lo invitamos a que nos avise ahora, o en cualquier momento en el futuro, sobre cualquier alojamientos razonables que usted crea que podamos proveer para que usted pueda realizar sus funciones esenciales para un trabajo apropiado y seguro. Proporcionar esta información es completamente voluntario. Proporcionar o declinar proporcionar esta información no afectara su aplicación o empleo de ninguna manera. Si usted desea proporcionar esta información, será mantenida de manera confidencial al grado previsto por la ley.

1. Nombre: _____
2. Fecha de aplicación: _____
3. Posición Solicitada: _____

4. Estado de Veterano

a. Estado: Marque una de las siguiente casillas

- Yo me identifico como uno o más de las clasificaciones de Veteranos Protegidos enumeradas a continuación.
- Yo me identifico como veterano, pero no como Veterano Protegido.
- Yo no soy veterano.
- Yo prefiero no identificarme.

b. Veteranos Protegidos serán descritos como:

Veterano Incapacitados--	Veterano instituido a compensación administrado-VA, o descargado de servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio, o que serian instituidos a recibir pago de jubilación militar
Veterano de Servicio Activo en Tiempo de Guerra o con Insignia De Campaña --	Veterano que sirvieron en activo en tiempo de guerra o en campaña o en expedición por cual una insignia a sido autorizada Una lista de las s elegibles puede ser encontrada en http://www.opm.gov/staffingportal/vgmedal2.asp
Veterano de las Fuerzas Armadas con Medalla--	Veterano que, mientras en servicio activo, participo en una operación militar en cual una medalla de las fuerzas armadas fue galardonada de conformidad a la Orden Ejecutiva numero 12985.
Veterano Recientemente Separado--	Veterano que ha estado en servicio activo y fue descargado o liberado de servicio activo dentro de los últimos tres años.

Si usted desea proporcionar esta información, usted la puede proporcionar con su aplicación o a la dirección apropiada.

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
OMB Control Number 1250-0005
Expires 1/31/2020
Page 1 of 2

Why are you being asked to complete this form?

Because we do business with the government, we must reach out to, hire, and provide equal opportunity to qualified people with disabilities.¹ To help us measure how well we are doing, we are asking you to tell us if you have a disability or if you ever had a disability. Completing this form is voluntary, but we hope that you will choose to fill it out. If you are applying for a job, any answer you give will be kept private and will not be used against you in any way.

If you already work for us, your answer will not be used against you in any way. Because a person may become disabled at any time, we are required to ask all of our employees to update their information every five years. You may voluntarily self-identify as having a disability on this form without fear of any punishment because you did not identify as having a disability earlier.

How do I know if I have a disability?

You are considered to have a disability if you have a physical or mental impairment or medical condition that substantially limits a major life activity, or if you have a history or record of such an impairment or medical condition.

Disabilities include, but are not limited to:

- Blindness
- Autism
- Bipolar disorder
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Deafness
- Cerebral palsy
- Major depression
- Obsessive compulsive disorder
- Cancer
- HIV/AIDS
- Multiple sclerosis (MS)
- Impairments requiring the use of a wheelchair
- Diabetes
- Schizophrenia
- Missing limbs or partially missing limbs
- Intellectual disability (previously called mental retardation)
- Epilepsy
- Muscular dystrophy

Please check one of the boxes below:

- YES, I HAVE A DISABILITY (or previously had a disability)
- NO, I DON'T HAVE A DISABILITY
- I DON'T WISH TO ANSWER

Your Name

Today's Date

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
OMB Control Number 1250-0005
Expires 1/31/2020
Page 2 of 2

Reasonable Accommodation Notice

Federal law requires employers to provide reasonable accommodation to qualified individuals with disabilities. Please tell us if you require a reasonable accommodation to apply for a job or to perform your job. Examples of reasonable accommodation include making a change to the application process or work procedures, providing documents in an alternate format, using a sign language interpreter, or using specialized equipment.

¹ Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. For more information about this form or the equal employment obligations of Federal contractors, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at www.dol.gov/ofccp.

PUBLIC BURDEN STATEMENT: According to the Paperwork Reduction Act of 1995 no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. This survey should take about 5 minutes to complete.

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 1 de 2

¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.¹ Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- | | | | |
|-----------|----------------------|---|--|
| Ceguera | ◦ Autismo | ◦ Trastorno bipolar | ◦ Trastorno de estrés postraumático (TEPT) |
| Sordera | ◦ Parálisis cerebral | ◦ Depresión aguda | ◦ Trastorno obsesivo-compulsivo |
| Cáncer | ◦ VIH/SIDA | ◦ Esclerosis múltiple (EM) | ◦ Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Diabetes | ◦ Esquizofrenia | ◦ Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades | ◦ Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental) |
| Epilepsia | ◦ Distrofia muscular | | |

Favor marcar una de las casillas siguientes:

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

Su Nombre

Fecha del día de Hoy

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2020
Página 2 de 2

Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

¹ Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en ingles) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. www.dol.gov/ofccp.

DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.