



EEO Voluntary Self Identification Form for Employment Applicants EEO Forma de Identificación Voluntaria para Solicitantes de Empleo

Casa Central is committed to Equal Employment Opportunity (EEO), including providing all applicants equal access to employment opportunities. To successfully comply with our policy, we ask that you voluntarily provide the following information, which will not be used to evaluate your potential future employment. Refusal to provide this information will not subject you to any adverse treatment. This information will be kept confidential and separate from your application; if reported to the federal government for civil rights enforcement, data will not identify any specific individual.

La empresa está sujeta a ciertos requisitos para reportar datos para la administración de leyes y reglas de Derechos Civiles. Para cumplir con estas leyes, la empresa invita a todos los solicitantes a identificar su raza u origen, voluntariamente. Si no quiere participar, no será sujeto a tratamiento desfavorable. Esta información obtenida será confidencial y solo usada de acuerdo con las reglas Federales y Estatales.

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Address/Dirección: _____

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

Position applying for/ Posición solicitado: _____

Referral Source/Fuentes de Referencia:

- Indeed
- Glassdoor
- Smartrecruiters
- Craigslist
- Community Center/Centro Comunitario
- Employee Referral/Referencia de empleado: _____
- Facebook
- Google Search/Búsqueda en Google
- LinkedIn
- Casa Central Website
- Twitter
- Other/Otro: _____

Please check one box in each category to indicate both your gender, race and/or ethnicity/Por favor, marque una casilla en cada categoría para indicar su género, raza y/o etnia:

Gender/Género: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer ☐ Other/Otro _____

Race/Ethnicity/Raza/origen étnico:

- ☐ **Hispanic or Latino/Hispano o latino**
- ☐ **White (Not Hispanic or Latino)/Blanco (no hispano o latino)**
- ☐ **Black or African American (Not Hispanic or Latino)/Negro o afroamericano (no hispano o latino)**
- ☐ **Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Not Hispanic or Latino)/Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico (No hispano o latino)**
- ☐ **Asian (Not Hispanic or Latino)/Asiático (no hispano o latino)**
- ☐ **Two or More Races (Not Hispanic or Latino)/Dos o más razas (No hispano o latino)**
- ☐ **I do not wish to self-identify/ No deseo identificarme**



APPLICATION FOR EMPLOYMENT/SOLICITUD DE EMPLEO

We consider applications for all positions without regard to race, color, religion, creed, gender, national origin, age, disability, sexual orientation, gender identity, citizenship status, genetic information, veteran status or any other legally protected status.

Aceptamos solicitudes para todas las posiciones sin tomar en cuenta raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, incapacidad, orientación sexual, identidad de género, estado de ciudadanía, información genética, estatus de veterano o cualquier otro estado protegido legalmente.

Date/Fecha _____ Position Applied For/Posicion Solicitado _____

First Name/Primer Nombre _____

Last Name/Apellido _____

MI/Inicial del segundo nombre _____

Street/Calle _____

City, Ciudad _____

State/Estado _____

Zip Code/Código Postal _____

Home Phone/Número De Casa _____

Cell Phone/Número De Celular _____

Email/Correo Electrónico _____

Date available to start/ Fecha que puede comenzar: _____	Who referred you to Casa Central? / ¿Quién lo refirió a nuestra empresa? _____	Have you applied with us in the last 12 months? ¿Ha aplicado con nosotros en los últimos 12 meses? ☐ Yes/Si ☐ No
Are you over 18 years of age? ¿Si es mayor de 18 años de edad? ☐ Yes/Si ☐ No Are you bilingual? ¿Es bilingüe? ☐ Yes/Si ☐ No Language(s) spoken/Idioma(s) hablado _____ * Spanish preferred/se prefiere el español	Some positions may require you to travel locally, do you have reliable transportation? Algunas posiciones pueden requerir que usted viaje localmente., ¿tiene transporte confiable? ☐ Yes/Si ☐ No	Have you ever worked for Casa Central or its subsidiaries? ¿Alguna vez ha trabajado para Casa Central o sus subsidiarias? ☐ Yes/Si ☐ No If yes, please provide last date of hire and position/Si afirmativo, indique las últimas fechas de empleo y la posición: _____

Some positions may require a Driver's License. Do you have a valid driver's license, Vehicle Insurance and willing to provide a clear driving record? Algunas posiciones pueden requerir una licencia de conducir. ¿Usted tiene una licencia de conducir válida, un seguro del vehículo? ¿Está dispuesto a enseñar un historial de conducción claro? ☐ Yes/Si ☐ No

List the State and Class of your valid driver's license. Indique el estado y clase de licencia: _____ **D / C / B / A**

Casa Central requires all future employees to be fully vaccinated against COVID-19. Will you be able to meet this requirement? Casa Central requiere que todos los nuevos empleados tengan por lo menos dos dosis de la vacuna COVID-19. ¿Podrá satisfacer estos requisitos? ☐ Yes/Si ☐ No

If not, and require an accommodation, please indicate below with your answer/ Si no puede y necesita una adaptación por favor escribe su respuesta aquí abajo.

EMPLOYMENT HISTORY /HISTORIA DE EMPLEO: List your most recent employer. Favor de escribir su más reciente empleador.

1. Employer/Empleador:	Dates of Employment Fechas de Empleo	From Desde:	To Hasta	
Address/Dirección	Job Duties/Responsabilidades de trabajo May we contact this employer: ☐ Yes/Si ☐ No Podemos contactar a este empleador			
Telephone/Teléfono:				
Job Title/Título del Empleo:				Supervisor/Supervisor:
Reason for leaving/Motivo por cual dejó el trabajo:				

2. Employer/Empleador:		Dates of Employment Fechas de Empleo		From Desde:	To Hasta:
Address/Dirección		Job Duties/Responsabilidades de trabajo May we contact this employer: [] Yes/Si [] No Podemos contactar a este empleador			
Telephone/Teléfono:					
Job Title/ Título del Empleo:	Supervisor/Supervisor:				
Reason for leaving/Motivo por cual dejo el trabajo:					
EDUCATION / EDUCACIÓN:					
School Name/Escuela:		Degree/ Título		Completed [] Yes/Si [] No	
School Name/Escuela:		Degree/ Título		Completed [] Yes/Si [] No	
DESCRIBE ANY SPECIALIZED TRAINING, APPRENTICESHIP, SKILLS AND EXTRA-CURRICULAR ACTIVITIES. DESCRIBE SU CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA, APRENDIZAJE, DESTREZAS Y ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES.					
IF OFFERED A POSITION, CASA CENTRAL WILL CONDUCT A VERBAL REFERENCE CHECK OF PAST WORK HISTORY. PLEASE PROVIDE YOUR THREE PROFESSIONAL REFERENCES AT THIS TIME/ SI OFRECIDA UNA POSICIÓN, CASA CENTRAL COMPROBARÁ SUS REFERENCIAS DE EMPLEO. POR FAVOR, LISTE SUS TRES REFERENCIAS ACTUALES.					
1. Name/Nombre:		Number/ Número		Years known/ Años conocidos:	
2. Name/Nombre:		Number/ Número		Years known/ Años conocidos:	
3. Name/Nombre:		Number/ Número		Years known/ Años conocidos:	

DISCLAIMER & ACKNOWLEDGEMENT/ RECONOCIMIENTO

I certify that the information contained in this application is correct to the best of my knowledge. I understand that to falsify information is grounds for refusing to hire me, or for discharge should I be hired. I authorize any person, organization or company listed on this application to furnish you any and all information concerning my previous employment, education and qualifications for employment. I also authorize you to request and receive such information. In consideration for my employment, I agree to abide by the rules and regulations of the company, which rules may be changed, withdrawn, added or interpreted at any time, at the company's sole option and without prior notice to me. I also acknowledge that my employment may be terminated, or any offer or acceptance of employment withdrawn, at any time, with or without cause, and with or without prior notice at the option of the company or myself. Lastly, I authorize Casa Central recruiters to upload the contents of my application into the applicant tracking system on my behalf.

Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que falsificar información es motivo para negarme a contratarme, o para despedirme si me contratan. Autorizo a cualquier persona, organización o compañía enumerada en esta solicitud a proporcionarle toda la información relacionada con mi empleo anterior, educación y calificaciones para el empleo. También le autorizo a solicitar y recibir dicha información. En consideración por mi empleo, acepto cumplir con las reglas y regulaciones de la compañía, cuyas reglas se pueden cambiar, retirar, agregar o interpretar en cualquier momento, a la única opción de la compañía y sin previo aviso.

También reconozco que mi empleo puede ser rescindido, o cualquier oferta o aceptación de empleo retirado, en cualquier momento, con o sin causa, y con o sin previo aviso, a opción de la empresa o de mí. Por último, autorizo los reclutadores de Casa Central a cargar, en mi nombre, el contenido de mi aplicación en el sistema de seguimiento.

APPLICANT SIGNATURE/FIRMA: _____ **DATE/FECHA:** _____

*By typing your name in the above box you are agreeing that it is the equivalent of your manual signature./Al escribir su nombre en la casilla anterior, usted acepta que es el equivalente a su firma manual.

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
Page 1 of 1

OMB Control Number 1250-0005
Expires 05/31/2023

Name: _____
Employee ID: _____
(if applicable)

Date: _____

Why are you being asked to complete this form?

We are a federal contractor or subcontractor required by law to provide equal employment opportunity to qualified people with disabilities. We are also required to measure our progress toward having at least 7% of our workforce be individuals with disabilities. To do this, we must ask applicants and employees if they have a disability or have ever had a disability. Because a person may become disabled at any time, we ask all of our employees to update their information at least every five years.

Identifying yourself as an individual with a disability is voluntary, and we hope that you will choose to do so. Your answer will be maintained confidentially and not be seen by selecting officials or anyone else involved in making personnel decisions. Completing the form will not negatively impact you in any way, regardless of whether you have self-identified in the past. For more information about this form or the equal employment obligations of federal contractors under Section 503 of the Rehabilitation Act, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at www.dol.gov/ofccp.

How do you know if you 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:*

- Autism
- Autoimmune disorder, for example, lupus, fibromyalgia, rheumatoid arthritis, or HIV/AIDS
- Blind or low vision
- Cancer
- Cardiovascular or heart disease
- Celiac disease
- Cerebral palsy
- Deaf or hard of hearing
- Depression or anxiety
- Diabetes
- Epilepsy
- Gastrointestinal disorders, for example, Crohn's Disease, or irritable bowel syndrome
- Intellectual disability
- Missing limbs or partially missing limbs
- Nervous system condition for example, migraine headaches, Parkinson's disease, or Multiple sclerosis (MS)
- Psychiatric condition, for example, bipolar disorder, schizophrenia, PTSD, or major depression

Please check one of the boxes below:

- ☐ Yes, I Have A Disability, Or Have A History/Record Of Having A Disability
- ☐ No, I Don't Have A Disability, Or A History/Record Of Having A Disability
- ☐ I Don't Wish To Answer

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.

For Employer Use Only

Employers may modify this section of the form as needed for recordkeeping purposes.

For example:

Job Title: _____ Date of Hire: _____

Autoidentificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305
Página 1 de 1

Número de control de la OMB 1250-0005
Vence el 31/May/2023

Nombre: _____
Identificador de empleado: _____
(si procede)

Fecha: _____

¿Por qué se le ha pedido que conteste este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal obligado por la ley a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas calificadas con discapacidades. También estamos obligados a medir nuestro progreso hacia el objetivo de que al menos el 7% de nuestros empleados sean personas con discapacidades. Para ello, debemos preguntarle a nuestros aspirantes y empleados si tienen o alguna vez han tenido una discapacidad. Dado que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, les pedimos a todos nuestros empleados que actualicen su información por lo menos cada cinco años.

Identificarse con una persona con discapacidad es voluntario, y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta se mantendrá confidencial y no será vista por directivos encargados de la selección, ni por otras personas que tomen decisiones sobre el personal. Contestar el formulario no tendrá ningún efecto negativo para usted, sin importar si se ha autoidentificado en el pasado. Para obtener más información sobre este formulario o sobre las obligaciones de empleo igualitario de los contratistas federales en los términos de la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación, visite el sitio de internet de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo puede saber si tiene una discapacidad?

Se considera que tiene una discapacidad si tiene algún impedimento o trastorno médico, ya sea físico o mental, que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene un historial o registro de dicho impedimento o trastorno médico. *Las discapacidades incluyen, entre otras:*

- Autismo
- Enfermedades autoinmunes, como lupus, fibromialgia, artritis reumatoide o VIH/sida
- Ceguera o problemas de la vista
- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular o cardíaca
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o problemas del oído
- Depresión o ansiedad
- Diabetes
- Epilepsia
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn o síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual
- Ausencia total o parcial de extremidades
- Trastornos del sistema nervioso, como migrañas, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple
- Trastornos psiquiátricos, como trastorno bipolar, esquizofrenia, TEPT o depresión mayor

Marque una de las siguientes casillas:

- ☐ Sí, tengo una discapacidad o un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- ☐ No, no tengo una discapacidad ni un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- ☐ No quiero responder

DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder un instrumento de recolección de información si dicho instrumento no muestra un número de control válido de la OMB. Contestar esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos.

Solamente para uso del empleador

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario de la manera necesaria para fines de conservación de registros.

Por ejemplo:

Puesto: _____ Fecha de contratación: _____



Voluntary Self- Identification of “Protected” Veterans

Why are you being asked to complete this form?

This employer is a government contractor subject to the Vietnam Era Veterans Readjustment Assistance Act of 1974, as amended by the Veterans Jobs Act of 2002, 38 U.S.C. 4212 (VEVRAA). VEVRAA requires that government contractors take affirmative action to employ and advance the employment of protected veterans. To help us measure the effectiveness of our veteran outreach and recruitment efforts, we ask that you tell us if you are a VEVRAA covered veteran. Completing this form is completely voluntary, but we hope you will complete it. Any response you give will be kept private and will not be used against you in any way.

For more information about this form or federal contractors' equal employment obligations, visit the website of the US Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) USA at www.dol.gov/ofccp.

How do you know if you are a veteran protected by VEVRAA?

Contrary to the name, VEVRAA doesn't just cover veterans of the Vietnam era. It covers various categories of veterans from World War II, the Korean conflict, the Vietnam era, and the Persian Gulf War, defined from August 2, 1990 to the present. If you think you belong to one of the protected veteran's categories, please indicate so by checking the appropriate box below. The categories are defined on the next page and explained later in "Am I a Protected Veteran?" infographic provided by OFCCP.

☐ I IDENTIFY AS ONE OR MORE OF THE CLASSIFICATIONS OF PROTECTED VETERANS MENTIONED ABOVE

☐ I AM NOT A PROTECTED VETERAN

☐ I DO NOT WISH TO RESPOND

NAME

DATE



Auto Identificación Voluntaria del Estado de Veterano "Protegido"

¿Por qué se le pide que complete este formulario?

Este empleador es un contratista gubernamental sujeto a la Ley de Asistencia para el Reajuste de Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, enmendada por la Ley de Empleos para Veteranos de 2002, 38 U.S.C. 4212 (VEVRAA). VEVRAA requiere que los contratistas del gobierno tomen medidas afirmativas para emplear y avanzar en el empleo de veteranos protegidos. Para ayudarnos a medir la efectividad de nuestros esfuerzos de alcance y reclutamiento de veteranos, le pedimos que nos diga si es un veterano cubierto por VEVRAA. Completar este formulario es completamente voluntario, pero esperamos que lo complete. Cualquier respuesta que dé se mantendrá en privado y no se utilizará en su contra de ninguna manera.

Para obtener más información sobre este formulario o la igualdad de obligaciones laborales de los contratistas federales, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de EE. UU. En www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo saber si usted es un veterano protegido por VEVRAA?

Contrariamente al nombre, VEVRAA no solo cubre a los veteranos de la era de Vietnam. Cubre varias categorías de veteranos de la Segunda Guerra Mundial, el conflicto coreano, la era de Vietnam y la Guerra del Golfo Pérsico, que se define desde el 2 de agosto de 1990 hasta el presente.

Si cree que pertenece a alguna de las categorías de veteranos protegidos, indíquelo marcando la casilla correspondiente a continuación. Las categorías se definen en la página siguiente y se explican más adelante en "¿Soy un veterano protegido?" infografía proporcionada por OFCCP.

☐ IDENTIFICO COMO UNA O MÁS DE LAS CLASIFICACIONES DE VETERANOS PROTEGIDOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN

☐ NO SOY UN VETERANO/A PROTEGIDO

☐ NO DESEO RESPONDER

Tu Nombre

Fecha