



Must be completed in full or it will not be considered - Debe ser completada en su totalidad o no se tomará en cuenta

DRIVER APPLICATION FOR EMPLOYMENT / APLICACIÓN DE EMPLEO DE CHOFER				
Company applying to / Compañía a la que aplica			Date / Fecha	
Company Address / Dirección de la Compañía				
City / Ciudad		State / Estado	Zip Code / Código Postal	

Applicant's Information / Información del Apicante				
First Name / Nombre		Middle Initial / Inicial		Last Name / Apellido
Phone / Teléfono		Email / Correo Electrónico		
Date of Birth / Fecha de Nacimiento		Social Security Number / Número de Seguro Social		
Position Applied For / Posición a la que Aplica		Driver Type/Tipo de Chofer	Date Available for Work / Día Disponible para Trabajar	
Emergency Contact / Contacto de Emergencia			Phone / Teléfono	

Do you have legal right to work in the United States? / Usted tiene autorización para trabajar en los Estados Unidos? ☐ Yes /Si ☐ No

Previous Three Years Residency / Lugar de Residencia Últimos Tres Años					
Attach additional sheet if more space is needed / Adjunte otra página si necesita más espacio.					
	Street / Calle	City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código Postal	Years? / Años?
Current / Actual					
Mailing / Correos					
Previous / Anterior					

License Information - Información de Lincencia				
No person who operates a commercial motor vehicle shall at any time have more than one driver's license (49 CFR 383.21). I certify that I do not have more than one motor vehicle license, the information for which is listed below. Include all licenses held for the past 3 years; attach additional sheets if needed. / Ninguna persona que opere un vehículo comercial podrá tener en ningún momento más de una licencia de conducir (49CFR 383.21). Yo certifico que no tengo más de una licencia de conducir, cuya información se detalla a continuación. Incluya todas las licencias de los últimos 3 años; adjunte otra página si necesita más espacio.				
State / Estado	License # / # de Licencia	Type-Class / Tipo-Clase	Endorsements	Expiration Date / Fecha de Vencimiento
Previously Held Licenses / Licencias Anteriores				

Driving Experience / Experiencia de Manejo				
Class of Equipment / Clase de Equipo	Type of Equipment (Van, Tank, Flat, etc)/ Tipo de Equipo (Cajón, Tanque, Cama plana, etc)	From Date / Desde	To Date / Hasta	Total Approximate Miles - Millas Aproximadas en Total
Straight Truck / Camión				
Tractor-Trailer / Camión -Trailer				
Double Trailer / Doble Trailer				
Tractor-Tanker / Camión y Trailer Sisterna				
Other / Otro				

**Last Three Years Accident Record / Accidentes en los Últimos Tres Años**

Attached additional sheet if more space is needed. Check box if none. / Adjunte otra página si necesita más espacio. Marque si no tuvo accidentes

Date / Fecha (most recent first - más reciente primero)	Nature of Accident / Tipo de Accidente (head-on, rear-end, upset, etc. / de frente, parte posterior, de lado, etc.)	# Fatalities / # de Fallecidos	# Injuries / # de Heridos	Chemical Spill (Y/N) / Derrame de químicos (S/N)

Traffic Convictions and Forfeitures for the Past Three Years (other than parking violations) / Violaciones y Suspensiones de los Últimos Tres Años (no contando multas de parqueo)

Date Convicted (Month-Year) / Día de la Multa (Mes-Año)	Violation / Violación	State / Estado	Penalty / Penalidad

Have you ever been denied a license, permit, or privilege to operate a motor vehicle? / alguna vez le han negado una licencia, permiso o el derecho a manejar un vehículo ?

☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, please explain - Si, explique

Has any license, permit or privilege ever been suspended or revoked? / alguna vez le han revocado o suspendido alguna licencia, permiso o el derecho a manejar un vehículo ?

☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, please explain - Si, explique

Employment History / Historial de Empleo

The Federal Motor Carrier Safety Regulations (49 CFR 391.21) require that all applicants wishing to drive a commercial vehicle list all employment for the last three (3) years. **In addition, if you have driven a commercial vehicle previously, you must provide employment history for an additional seven (7) years (for a total of ten (10) years). Any gaps in employment in excess of one (1) month must be explained.** / Las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte (49 CFR 391.21) exigen que todos los aplicantes que deseen conducir un vehículo comercial enumeren todos los empleos de los últimos tres (3) años. **Además, si anteriormente condujo un vehículo comercial, debe proporcionar un historial de empleo de siete (7) años adicionales (para un total de diez (10) años). Cualquier brecha en el empleo de más de un (1) mes debe ser explicada.**

Start with the last or current position, including any military experience, and work backwards (attach separate sheets if necessary). You are required to list the complete mailing address, including street number, city, state, zip; and complete all other information. / Comience con el último puesto o el actual, incluya cualquier experiencia militar, y trabaje hacia atrás (adjunte hojas separadas si es necesario).

Current (most recent) Employer / Empleador Actual (más reciente)

Name / Nombre			
Phone / Teléfono		DOT # / # de DOT	
Address / Dirección			
Position Held / Posición	From (month/year) / Desde (mes/año)	To (month/year) / Hasta (mes/año)	
Reason for Leaving / Razón de Renuncia			
Contact Person / Supervisor		Phone / Teléfono	
Explain any gaps in employment (Include month, year & reason) / Explique brechas en el empleo (incluya mes, año y razón)			
While employed here, were you subject to the Federal Motor Carrier Safety Regulations? / Estuvo sujeto a las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte durante este empleo?			☐ Yes/Sí ☐ No
Was the job designated as a safety-sensitive function in any Department of Transportation-regulated mode subject to alcohol and controlled substances testing as required by 49 CFR, part 40? / Era el trabajo designado una función sensible a la seguridad regulado en algún modo por el Departamento de Transporte sujeto a pruebas de alcohol y sustancias controladas como lo requiere 49 CFR, parte 40?			☐ Yes/Sí ☐ No

Sign Here/Firmar

Date/Fecha:



Second (most recent) Employer / Segundo Empleador (más reciente)				
Name / Nombre				
Phone / Teléfono		DOT # / # de DOT		
Address / Dirección				
Position Held / Posición		From (month/year) / Desde (mes/año)		To (month/year) / Hasta (mes/año)
Reason for Leaving / Razón de Renuncia				
Contact Person / Supervisor			Phone / Teléfono	
Explain any gaps in employment (Include month, year & reason) / Explique brechas en el empleo (incluya mes, año y razón)				
While employed here, were you subject to the Federal Motor Carrier Safety Regulations? / Estuvo sujeto a las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte durante este empleo? ☐ Yes/SI ☐ No				
Was the job designated as a safety-sensitive function in any Department of Transportation-regulated mode subject to alcohol and controlled substances testing as required by 49 CFR, part 40? / Era el trabajo designado una función sensible a la seguridad regulado en algún modo por el Departamento de Transporte sujeto a pruebas de alcohol y sustancias controladas como lo requiere 49 CFR, parte 40? ☐ Yes/SI ☐ No				

Third (most recent) Employer / Tercer Empleador (más reciente)				
Name / Nombre				
Phone / Teléfono		DOT # / # de DOT		
Address / Dirección				
Position Held / Posición		From (month/year) / Desde (mes/año)		To (month/year) / Hasta (mes/año)
Reason for Leaving / Razón de Renuncia				
Contact Person / Supervisor			Phone / Teléfono	
Explain any gaps in employment (Include month, year & reason) / Explique brechas en el empleo (incluya mes, año y razón)				
While employed here, were you subject to the Federal Motor Carrier Safety Regulations? / Estuvo sujeto a las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte durante este empleo? ☐ Yes/SI ☐ No				
Was the job designated as a safety-sensitive function in any Department of Transportation-regulated mode subject to alcohol and controlled substances testing as required by 49 CFR, part 40? / Era el trabajo designado una función sensible a la seguridad regulado en algún modo por el Departamento de Transporte sujeto a pruebas de alcohol y sustancias controladas como lo requiere 49 CFR, parte 40? ☐ Yes/SI ☐ No				

Part 40.25(j) requires employers to ask applicant whether he or she has tested positive, or refused to test, on any pre-employment drug or alcohol test administered by an employer to which the employee applied for, but did not obtain, safety-sensitive transportation work covered by DOT drug and alcohol testing rules during the past two years. / La Regulación parte 40.25(j) requiere que compañías de transporte pregunten a los aplicantes si él o ella en algún momento resultó positivo(a) o se negó a un examen de pre-empleo de alcohol/drogas ordenado por un empleador al que el aplicante solicitó, pero no obtuvo empleo en una posición sensible de seguridad acorde con la regulaciones de DOT de alcohol y drogas en los últimos dos años.

Applicant must answer the following questions / El aplicante debe contestar las siguientes preguntas

During the past two (2) years have you tested positive on a pre-employment drug or alcohol test administrated by an employer to which you applied for but did not obtain a safety sensitive transportation work covered by DOT drug and alcohol testing rules? / En los últimos dos (2) años se negó a un examen de pre-empleo de alcohol/drogas ordenado por un empleador al que le solicitó, pero no obtuvo empleo en una posición sensible de seguridad acorde con la regulaciones del DOT de pruebas de alcohol y drogas?

☐ Yes / SI ☐ No

During the past two (2) years have you refused a pre-employment drug or alcohol test administrated by an employer to which you applied for but did not obtain a safety sensitive transportation work covered by DOT drug and alcohol testing rules? / En los últimos dos (2) años se negó a un examen de pre-empleo de alcohol/drogas ordenado por un empleador al que le solicitó, pero no obtuvo empleo en una posición sensible de seguridad acorde con la regulaciones del DOT de pruebas de alcohol y drogas?

☐ Yes / SI ☐ No

If you answered Yes to either question, please provide documentation of your successful completion of the return-to-duty process required by part 40 subpart O. / Si contesto SI a alguna de estas preguntas, por favor provea la documentación necesaria que verifique que usted completó los requerimientos necesarios para regresar-al-trabajo según la Regulación part 40 subparte O.

Sign Here/Firmar Driver / Chofer	Date/Fecha:
Sign Here/Firmar Witness / Testigo	Date/Fecha:



Education / Educación						
School / Escuela	Name & Location / Nombre y Lugar	Course of Study / Curso de Estudio	Graduated / Graduado		Years Completed / Años completos	Details / Detalles
			Yes/Si	No		
High School / Preparatoria						
College / Universidad						
Other / Otro						

Other Qualifications / Otras Calificaciones
Please list any other qualifications that you have and which you believe should be considered. / Liste cualquier otra calificación que tenga y que crea que debería tener en cuenta.

To be Read and Signed by Applicant / Para Ser Leído y Firmado por el Apicante

I authorize you to make investigations (including contacting current and prior employers) into my personal, criminal, employment, financial, medical history and other related matters as may be necessary in arriving at an employment decision. I acknowledge that the investigations may be performed by designated third parties and may require an additional authorization to be signed. I hereby release employers, schools, healthcare providers, and other persons from all liability in responding to inquiries and releasing information in connection with my application. / Autorizo a realizar investigaciones (incluyendo contactar a mi actual y empleadores anteriores) sobre mi historial personal, criminal, laboral, financiero, médico y otros asuntos así sea necesario para un decisión de empleo. Por la presente, libero a los empleadores, escuelas y proveedores de servicios médicos y otras personas de toda responsabilidad por responder a las preguntas y divulgar información en relación con mi solicitud de empleo.

In the event of employment, I understand that false or misleading information given in my application or interview(s) may result in discharge. I also understand that I am required to abide by all rules and regulations of the Company. / Si soy contratado, entiendo que cualquier información falsa o engañosa que haya proporcionado en la aplicación o entrevista puede resultar en la terminación del empleo. También entiendo que estoy obligado a cumplir con todas las normas y reglamentos de la compañía.

I understand that the information I provide regarding my current and/or prior employers may be used, and those employer(s) will be contacted for the purpose of investigating my safety performance history as required by 49 CFR 391.23. I understand that I have the right to: / Entiendo que la información que brindo sobre mis empleadores actuales y/o anteriores puede usarse, y se contactará a esos empleadores con el fin de investigar mi historial de desempeño de seguridad según lo exige 49 CFR 391.23. Entiendo que tengo derecho a:

- Review information provided by current/prior employers; / Revisar la información que provea mi actual/previo empleador
- Have errors in the information corrected by previous employers, and for those previous employers to resend the corrected information to the prospective employer; and / Tener errores en la información corregida por empleadores anteriores, y que esos empleadores anteriores vuelvan a enviar la información corregida al posible empleador, y
- Have a rebuttal statement attached to the alleged erroneous information, if the previous employer(s) and I cannot agree on the accuracy of the information. / Tener una declaración de refutación adjunta a la supuesta información errónea, si el(los) empleador(es) anterior(es) y yo no podemos llegar a un acuerdo sobre la exactitud de la información.

I also acknowledge that I have the right to obtain a copy of the Controlled Substance Abuse Policy from the motor carrier for which I am applying. I can contact the company's management at any time if I have any questions about the policy. I understand that, with or without prior notice, the terms described in this policy may be altered, amended, or changed at any time to comply with Federal Department of Transportation Regulations under Part 382. I also understand that any violation of this policy may result in disciplinary action, up to and including termination. / También reconozco que tengo derecho a obtener una copia de la política de Abuso de Sustancias Controladas de la compañía para la cual estoy aplicando. Puedo comunicarme con la gerencia de la compañía de transporte en cualquier momento si tengo alguna pregunta sobre la política. Entiendo que, con o sin previo aviso, los términos descritos en esta política pueden ser alterados, enmendados o cambiados en cualquier momento para cumplir con las Regulaciones del Departamento Federal de Transporte bajo la Parte 382. También entiendo que cualquier violación de esta política puede resultar en acción disciplinaria, hasta e incluyendo el despido.

According to Section 392.42 and 383.33 of the Federal Motor Carrier Safety Regulations, I am required to notify my employer the next business day of any revocation or suspension of my driver's license. In addition, Section 383.31 requires that any time I violate a state or local traffic law (other than parking), I must report it within 30 days to: 1) my employing motor carrier, and 2) the state that issued my license (if the violation occurs in a state other than the one which issued my license). The notification to both the employer and state must be in writing. / De acuerdo con las Secciones 392.42 y 383.33 de las Regulaciones Federales de Seguridad del Transporte, debo notificar a mi empleador el siguiente día hábil sobre cualquier revocación o suspensión de mi licencia de conducir. Además, la Sección 383.31 requiere que cada vez que infrinja una ley de tránsito estatal o local (que no sea de estacionamiento), debo informarlo dentro de los 30 días a: 1) la compañía que me empleó y 2) el estado que emitió mi licencia (si la infracción ocurre en un estado que no es el que emitió mi licencia). La notificación tanto al empleador como al estado debe ser por escrito.

I authorize The Simplex Group to release my Substance Abuse test results to the company I am applying for. / Autorizo a The Simplex Group a compartir los resultados de mi prueba de abuso de sustancias a la compañía para la cual estoy aplicando.

This certifies that I completed this application, and that all entries on it and information in it are true and complete to the best of my knowledge. / Esto certifica que completé esta solicitud y que la información que contiene es verdadera y completa según mi entender.

Sign Driver / Chofer	Date/Fecha:
--	------------------------



ACKNOWLEDGEMENT OF PAST ON-DUTY HOURS / DECLARACIÓN DE ÚLTIMAS HORAS DE TRABAJO

Driver's Name / Nombre del Chofer	
Social Security Number / Número de Seguro Social	
License # / # de Licencia	
Company Name / Nombre de Compañía	

This rule applies to all Owner Operators and Drivers operating under the above mentioned company. / Esta regla aplica a todos los dueños operadores y choferes que operen bajo la compañía antes mencionada.

1. All Hours of Service logs MUST be turned in to the company, including off duty date logs. / Todos los registros de Horas de servicio DEBEN ser entregados a la compañía, incluidos los registros de fechas fuera de servicio.
2. Logs MUST be completed per DOT requirements, including compliance with driving and on duty hours. / Los registros DEBEN completarse según los requisitos del DOT, incluido el cumplimiento de las horas de conducción y de servicio.
3. Copies of all supporting documentation such as fuel and toll receipts MUST also be turned in to the company for false log verification. / Las copias de toda la documentación de respaldo, como recibos de combustible y peaje, también DEBEN ser entregadas a la compañía para verificación de registro falso.

I, the undersigned, certify that over the last seven (7) days I have worked the following hours: / Yo, el que firma abajo, certifico que en los últimos siete (7) días he trabajado las siguientes horas:

Day / Dia	1 Yesterday / Ayer	2 Days Ago / Dias Atras	3 Days Ago / Dias Atras	4 Days Ago / Dias Atras	5 Days Ago / Dias Atras	6 Days Ago / Dias Atras	7 Days Ago / Dias Atras	Total Hours / Total de Horas
Worked Hours / Horas Trabajadas								

Are you currently working for another company?
Esta ahorita trabajando con otra compañía?

☐ Yes/
Si

☐ No

Will you be engaged in work activities prior to being dispatched by this company?
Mientras espera a ser despachado por esta compañía usted va a trabajar en otra?

☐ Yes/
Si

☐ No

I certify that the information given above is correct to the best of my knowledge and that I was last relieved from my past employer at:

Yo certifico que la información que he brindado en este documento es correcta y refleja cuando fue la ultima vez que trabaje:

Time / Hora		Date / Fecha	
Signature / Firma			



AUTHORIZATION TO OBTAIN BACKGROUND INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA OBTENER HISTORIAL

For as long as I am operating for the under named company, I, the undersigned, authorize Simplex Group and designated third parties (including third-party consumer reporting agencies), to obtain the following information: / Mientras este trabajando para la compañía que se nombra abajo, yo el abajo firmante, autorizo a Simplex Group y terceras partes designado, incluyendo una agencia de cobertura del consumidor que reporta a terceras partes, a que obtengan la siguiente información:

- Past Employment References (skills, behavior, experience) (as per Section 391.23) / Referencias a previos empleadores (habilidades, comportamiento y experiencia)(De acuerdo con la Sección 391.23)
- Driving Record History / Historial de manejo
- Criminal Background Records / Registro de Antecedentes Penales

I understand that I may be required to sign a separate authorization and any information obtained as a result of this release will be provided to the company listed below for hiring eligibility based on DOT regulation under part 391 of 49 CFR / Entiendo que se me podría solicitar firmar una autorización por separado y que cualquier información obtenida como resultado de esta autorización será compartida con la compañía nombrada abajo. El resultado será utilizado para determinar mi elegibilidad para ser contratado según la Regulación 391 parte 49 CFR del DOT.

Driver's Name / Nombre del Chofer			
Company Name / Nombre de Compañía			
Social Security Number / Número de Seguro Social		License # / # de Licencia	

Drug & Alcohol Clearinghouse Consent for Limited Queries / Autorización para Investigación del Clearinghouse de Alcohol y Drogas

I hereby authorize Simplex Group to conduct a limited query of the FMCSA Commercial Driver's License Drug and Alcohol Clearinghouse (Clearinghouse) to determine whether drug or alcohol violation information about me exists in the Clearinghouse. / Yo autorizo a la compañía a que haga una investigación limitada a la base de datos del FMCSA "Clearinghouse" para determinar si existe información mía sobre violaciones de alcohol y drogas en el Clearinghouse.

I understand that if the limited query conducted by the above mentioned motor carrier reveals that there is drug or alcohol violation information about me in the Clearinghouse, FMCSA will not disclose that information to the above mentioned motor carrier without first obtaining additional specific consent from me. / Entiendo que si la investigación determina que hay información mía sobre violaciones de alcohol y drogas en el Clearinghouse, el FMCSA no compartirá los resultados con la compañía sin primero haber obtenido mi consentimiento.

I further understand that if I refuse to provide consent for the above mentioned motor carrier to conduct a limited query of the Clearinghouse, the above mentioned motor carrier must prohibit me from performing safety-sensitive functions, including driving a commercial motor vehicle, as required by FMCSA's drug and alcohol program regulations. / Además entiendo que si me niego a dar mi consentimiento para que la compañía haga la investigación al Clearinghouse, la compañía debe prohibirme realizar funciones sensibles a la seguridad, incluyendo manejar un vehículo comercial; según lo exigen las Regulaciones del programa de alcohol y drogas del FMCSA.

This consent is valid from the date indicated below until my employment with the above mentioned motor carrier ends or I am no longer subject to the drug and alcohol testing rules in 49 CFR Part 382 for the above mentioned motor carrier. / Esta autorización es válida desde el día indicado abajo hasta que mi empleo con la compañía sea terminado o ya no este sujeto a las reglas de pruebas de alcohol y drogas en 49 CFR parte 382 para la compañía.

California Drivers Only

I hereby authorize the California Department of Motor Vehicles (DMV) to disclose or otherwise make available, my driving record, to my employer and Simplex Group. / Yo autorizo al Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) de California a divulgar o de otro modo poner mi historial de manejo a disposición de mi empleador y Simplex Group.

I understand that my employer may enroll me in the Employer Pull Notice (EPN) program to receive a driver record report at least once every twelve (12) months or when any subsequent conviction, failure to appear, accident, driver's license suspension, revocation, or any other action is taken against my driving privilege during my employment. / Entiendo que mi empleador puede inscribirme en el programa Employer Pull Notice (EPN) para recibir un informe de registro de conductor al menos una vez cada doce (12) meses o cuando cualquier condena posterior, falta de comparecencia, accidente, suspensión de la licencia de conducir, revocación, o se toma cualquier otra acción en contra de mi privilegio de conducir durante mi empleo.

I am not driving in a capacity that requires mandatory enrollment in the EPN program pursuant to California Vehicle Code (CVC) §1808.1(k). I understand that enrollment in the EPN program is in an effort to promote driver safety, and that my driver license report will be released to my employer to determine my eligibility as a licensed driver for my employment. / No conduzco en una capacidad que requiera la inscripción obligatoria en el programa EPN de conformidad con el Código de Vehículos de California (CVC) §1808.1(k). Entiendo que la inscripción en el programa EPN es un esfuerzo por promover la seguridad del conductor y que mi informe de licencia de conducir se entregará a mi empleador para determinar mi elegibilidad como conductor con licencia para mi empleo.

Sign Here/Firmar	
Driver / Chofer	Date/Fecha:



Additional Employment History

Previous Employer / Empleador Anterior					
Name / Nombre					
Phone / Teléfono				DOT # / # de DOT	
Address / Dirección					
Position Held / Posición		From (month/year) / Desde (mes/año)		To (month/year) / Hasta (mes/año)	
Reason for Leaving / Razón de Renuncia					
Contact Person / Supervisor				Phone / Teléfono	
Explain any gaps in employment (Include month, year & reason) / Explique brechas en el empleo (incluya mes, año y razón)					
While employed here, were you subject to the Federal Motor Carrier Safety Regulations? / Estuvo sujeto a las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte durante este empleo?					☐ Yes/SI ☐ No
Was the job designated as a safety-sensitive function in any Department of Transportation-regulated mode subject to alcohol and controlled substances testing as required by 49 CFR, part 40? / Era el trabajo designado una función sensible a la seguridad regulado en algún modo por el Departamento de Transporte sujeto a pruebas de alcohol y sustancias controladas como lo requiere 49 CFR, parte 40?					☐ Yes/SI ☐ No

Previous Employer / Empleador Anterior					
Name / Nombre					
Phone / Teléfono				DOT # / # de DOT	
Address / Dirección					
Position Held / Posición		From (month/year) / Desde (mes/año)		To (month/year) / Hasta (mes/año)	
Reason for Leaving / Razón de Renuncia					
Contact Person / Supervisor				Phone / Teléfono	
Explain any gaps in employment (Include month, year & reason) / Explique brechas en el empleo (incluya mes, año y razón)					
While employed here, were you subject to the Federal Motor Carrier Safety Regulations? / Estuvo sujeto a las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte durante este empleo?					☐ Yes/SI ☐ No
Was the job designated as a safety-sensitive function in any Department of Transportation-regulated mode subject to alcohol and controlled substances testing as required by 49 CFR, part 40? / Era el trabajo designado una función sensible a la seguridad regulado en algún modo por el Departamento de Transporte sujeto a pruebas de alcohol y sustancias controladas como lo requiere 49 CFR, parte 40?					☐ Yes/SI ☐ No

Previous Employer / Empleador Anterior					
Name / Nombre					
Phone / Teléfono				DOT # / # de DOT	
Address / Dirección					
Position Held / Posición		From (month/year) / Desde (mes/año)		To (month/year) / Hasta (mes/año)	
Reason for Leaving / Razón de Renuncia					
Contact Person / Supervisor				Phone / Teléfono	
Explain any gaps in employment (Include month, year & reason) / Explique brechas en el empleo (incluya mes, año y razón)					
While employed here, were you subject to the Federal Motor Carrier Safety Regulations? / Estuvo sujeto a las Regulaciones del Departamento Federal de Seguridad de Transporte durante este empleo?					☐ Yes/SI ☐ No
Was the job designated as a safety-sensitive function in any Department of Transportation-regulated mode subject to alcohol and controlled substances testing as required by 49 CFR, part 40? / Era el trabajo designado una función sensible a la seguridad regulado en algún modo por el Departamento de Transporte sujeto a pruebas de alcohol y sustancias controladas como lo requiere 49 CFR, parte 40?					☐ Yes/SI ☐ No

	Date/Fecha:
--	--------------------

CDL AND BACKGROUND INFORMATION

Please read carefully ♦ Print clearly ♦ Answer all questions



_____ Last Name		_____ First Name		_____ Middle		_____ Social Security Number	
_____ Permanent Address		_____ City		_____ State		_____ Zip Code / DOB	
() Telephone (Area Code + Number)		() Cell Phone		_____ E-mail Address			

In order to drive commercial motor vehicles for CWC Transportation you must have a Commercial Drivers License.

Do you currently have a valid Commercial Drivers License? _____

Issuing State _____ License Number _____ Expiration Date _____

HAVE YOU EVER HAD A DRIVERS LICENSE REVOKED OR SUSPENDED? _____

If yes, When & Reason: _____

LIST ALL CONVICTIONS, MOVING VIOLATIONS, TRAFFIC CITATIONS, ACCIDENTS, and/or DISQUALIFICATIONS IN THE PAST 5 YEARS. (Attach additional sheet if necessary)

Date of Violation	Type of Violation	Location	Violation/Accident Description	Penalty/ Fine

Would you submit to a drug test? Yes ☐ No ☐

Have you ever been convicted of a felony? Yes ☐ No ☐

(Such conviction will not necessarily disqualify you employment)

If yes, give details.

Have you ever been convicted of a misdemeanor? (Such conviction will not necessarily disqualify you from employment) Yes ☐ No ☐

If yes, give details.

APPLICANT – PLEASE READ AND SIGN BEFORE SUBMITTING THIS DOCUMENT

I authorize the employer or his agents to investigate my background to ascertain any and all information of concern to my record, whether same is of record or not, and release employers and people named herein from all liability of any damages on account of his furnishing such information. I understand that misrepresentation or omission of facts called for on this employment application will, if hired, result in discharge. Labor Code 1991 states that employment, having no specified term, may be terminated at will by either party. The employer adheres to this section of the Labor Code and hereby puts the applicant on notice that all employment offered by the employer may be terminated at the will of either party with or without cause. I certify that this form was completed by me and that all entries on it and information on it are true and complete. Furthermore, I have read and understand all the conditions upon which this offer of employment is made.

Signature

Date