

This Organization Participates in E-Verify

E-Verify[®]



This employer will provide the Social Security Administration (SSA) and, if necessary, the Department of Homeland Security (DHS), with information from each new employee's Form I-9 to confirm work authorization.

IMPORTANT: If the Government cannot confirm that you are authorized to work, this employer is required to give you written instructions and an opportunity to contact DHS and/or the SSA before taking adverse action against you, including terminating your employment.

Employers may not use E-Verify to pre-screen job applicants and may not limit or influence the choice of documents you present for use on the Form I-9.

To determine whether Form I-9 documentation is valid, this employer uses E-Verify's photo matching tool to match the photograph appearing on some permanent resident cards, employment authorization cards, and U.S. passports with the official U.S. government photograph. E-Verify also checks data from driver's licenses and identification cards issued by some states.

If you believe that your employer has violated its responsibilities under this program or has discriminated against you during the employment eligibility verification process based upon your national origin or citizenship status, please call the Office of Special Counsel at 800-255-7688, 800-237-2515 (TDD) or at www.justice.gov/crt/osc.

E-Verify Works for Everyone

For more information on E-Verify, please contact DHS:

888-897-7781

www.dhs.gov/E-Verify

NOTICE:

Federal law requires all employers to verify the identity and employment eligibility of all persons hired to work in the United States.



E-VERIFY IS A SERVICE OF DHS AND SSA

The E-Verify logo and mark are registered trademarks of Department of Homeland Security. Commercial sale of this poster is strictly prohibited.

Esta organización participa en E-Verify

E-Verify



Este empleador proporcionará a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) y, de ser necesario, al Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) la información incluida en el Formulario I-9 de todo empleado nuevo con el propósito de confirmar su autorización de trabajo.

IMPORTANTE: Si el gobierno no puede confirmar que usted tiene autorización para trabajar, el empleador debe suministrarle las instrucciones por escrito y darle la oportunidad de ponerse en contacto con DHS o SSA antes de sancionarlo de cualquier forma o finalizar la relación laboral.

Los empleadores no pueden utilizar E-Verify para realizar preselecciones de solicitantes y no pueden limitar ni influenciar la selección de los documentos que usted presente para su inclusión en el Formulario I-9.

Para determinar si los documentos incluidos en el Formulario I-9 son válidos, este empleador utiliza la técnica de comparación fotográfica para comparar la fotografía que aparece en las Tarjetas de Residente Permanente, Tarjetas de Autorización de Empleo y pasaportes de los EE. UU. con la fotografía oficial del gobierno de los EE. UU. Asimismo, E-Verify verifica los datos incluidos en licencias de conducir y tarjetas de identificación emitidas por algunos estados.

Si considera que su empleador ha infringido sus responsabilidades en virtud de este programa o lo ha discriminado durante el proceso de verificación de la elegibilidad de empleo por su origen nacional o estatus de ciudadanía, comuníquese con la Oficina del Consejero Especial llamando al 800-255-7688, 800-237-2515 (para personas con impedimentos auditivos) o visitando www.justice.gov/crt/osc.

E-Verify funciona para todos

Para obtener más información sobre E-Verify, comuníquese con DHS al:

888-897-7781

www.dhs.gov/E-Verify

AVISO:

La ley federal exige a todos los empleadores que verifiquen la identidad y la elegibilidad de empleo de todas las personas contratadas en los Estados Unidos.



E-VERIFY IS A SERVICE OF DHS AND SSA

El logotipo y la marca de E-Verify son marcas registradas del Departamento de Seguridad Nacional. Queda estrictamente prohibida la venta comercial de este afiche.

Please complete entire application. Type or write in black or blue ink.
 Por favor, completa aplicación. Máquina o con tinta de color negro o azul.

Name _____ Social Security Number _____
 Last (Apellido) First (Primero) MI (Segundo) (Numero de Seguro Social)

WERNER CONSTRUCTION INC

129 E 2ND St P.O. Box 1087 Hastings, NE 68901

APPLICATION FOR EMPLOYMENT

This Company is an Equal Opportunity Employer

Present Address _____
 La dirección actual Street (Calle) City (Cuidad) State (Estado) Zip (Codigo postal)

Permanent Mailing Address _____
 Dirección permanente

Phone Number () _____ Message Phone () _____
 Numero de Telephono Numero de mensaje

Position Desired _____ Salary Desired _____
 posición deseada salario deseado

Have you ever worked for Werner Construction Inc before? Yes No
 ¿Alguna vez ha trabajado para Werner Construction Inc antes?

If Yes-Who was your foreman? _____ Where? _____ Dates? _____
 En caso afirmativo, ¿Quién fue su capataz? ¿dónde? fechas?

Are you willing to travel? Yes No
 ¿Está usted dispuesto a viajar?

Education (Educación)	Degree/Certificate	Major Field
Grade School La escuela primaria		/
Address/ Dirección		
High School Escuela secundaria		/
Address/ Dirección		
Trade School Escuela de comercio		
Address/ Dirección		
College/University Colegio / Universidad		
Address / Dirección		

Employment History List Most Recent First **Date** **Title/Duties/Job Description** **Rate**
 (Historia de empleo) (Lista Los más recientes primero) (Fechas) (Descripción del puesto) (Pago)

Employers Name & Phone Number El nombre del empleador		From	To		
Address/Dirreccion					
Supervisor					

Reason for Leaving
 (Razones para dejar) _____

Employers Name & Phone Number El nombre del empleador		From	To		
Address/Dirreccion					
Supervisor					

Reason for Leaving
 (Razones para dejar) _____

Employers Name & Phone Number El nombre del empleador		From	To		
Address/Dirreccion					
Supervisor					

Reason for Leaving
 (Razones para dejar) _____

References (referencias) :

Name (Nombre)	Address (Dirreccion)	Telephone# (teléfono #)	Relationship (Relación)

License Information (Información de licencia):

State _____ Number _____ CDL? Yes No Endorsements _____
 (Estado) (Número) (Endosos)

Expiration Date _____
 Fecha de caducidad _____

I understand that I will not be hired for an operator's or driver's position with this company until I have taken a test to demonstrate my ability to operate the equipment satisfactorily.

I understand that the company will not be liable for any damages sustained by me or injuries to me during the time of the test and that I will not be placed on the payroll until the foreman has notified the office that I am qualified for the position.

Yo entiendo que no será contratado para la posición de una de conducir del operador o con esta compañía hasta que haya hecho la prueba para demostrar mi capacidad para utilizar el equipo de manera satisfactoria .

Yo entiendo que la empresa no será responsable de los daños sufridos por mí o lesiones a mí durante el tiempo de la prueba y que no será responsable de los daños sufridos por mí o lesiones a mí durante el tiempo de la prueba y que no se colocará en la nómina hasta que el capataz ha notificado a la oficina que estoy calificado para el puesto.

Date (Fecha) _____ Signature (Firma) _____

I certify that I am at least 18 years of age (21 years for driver and equipment operator positions).
Certifico que tengo por lo menos 18 años de edad (21 años para las posiciones del conductor y operador de equipos) .

Date (Fecha) _____ Signature (Firma) _____

I give Werner Construction permission to run an initial and annual motor vehicle record check for insurability purposes to operate a company vehicle.

Doy permiso Werner construcción para ejecutar una verificación de antecedentes de vehículos de motor inicial y anual, a efectos de asegurabilidad para operar un vehículo de la compañía.

Date (Fecha) _____ Signature (Firma) _____

I swear that the information in this application is true to the best of my knowledge and that falsification of this application will result in my termination of employment with Werner Construction Inc without prior notice.

Juro que la información en esta solicitud es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y que la falsificación de esta aplicación resulte en mi terminación del empleo con Werner Construction Inc sin previo aviso.

Date (Fecha) _____ Signature (Firma) _____

EQUAL OPPORTUNITY INFORMATION
INFORMACIÓN DE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD

The following information is collected to comply with government directives relating to equal employment opportunity.

La siguiente información es recopilada para cumplir con las directivas gubernamentales relativas a la igualdad de oportunidades de empleo .

Gender (Circle One): Male Female
 Sexo (circule uno)

Racial/Ethnic Background: White (Blanco) Black (Negro) Hispanic
 (Circle Only One) (Not of Hispanic Origin) (Not of Hispanic Origin)
 (Encerrar en un círculo) (No de origen hispano) (No de origen hispano)

Asian or Pacific Islander
 (De las Islas del Pacífico Asiático)

American Indian or Alaskan Native
 (Indio o nativo americano de Alaska)

Veteran Status: Military Service? Yes No From _____ To _____
 Estado del Veterano: Servicio Militar ?

¿Sirvió en Vietnam ? Did You Serve in Vietnam? Yes No

¿Sirvió en Bosnia ? Did You Serve in Bosnia? Yes No

¿Sirvió en la Tormenta del Desierto ? Did You Serve in the Desert Storm? Yes No

¿Sirvió en Irak ? Did You Serve in Iraq? Yes No

¿Sirvió en Afganistán ? Did You Serve in Afghanistan? Yes No

Discapacidad relacionada con el servicio ? Service-Connected Disability? Yes No Percent _____%



WERNER CONSTRUCTION, INC.

129 East 2nd Street • P. O. Box 1087 • Hastings, Nebraska 68902-1087



Voluntary Self-Identification of Veterans (PRE-OFFER)

This employer is a Government contractor subject to the Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act of 1974, as amended by the Jobs for Veterans Act of 2002, 38 U.S.C. 4212 (VEVRAA), which requires Government contractors to take affirmative action to employ and advance in employment: (1) disabled veterans; (2) recently separated veterans; (3) active duty wartime or campaign badge veterans; and (4) Armed Forces service medal veterans. These classifications are defined as follows:

- A "disabled veteran" is one of the following:
 - a veteran of the U.S. military, ground, naval or air service who is entitled to compensation (or who but for the receipt of military retired pay would be entitled to compensation) under laws administered by the Secretary of Veterans Affairs; or
 - a person who was discharged or released from active duty because of a service-connected disability.
- A "recently separated veteran" means any veteran during the three-year period beginning on the date of such veteran's discharge or release from active duty in the U.S. military, ground, naval, or air service.
- An "active duty wartime or campaign badge veteran" means a veteran who served on active duty in the U.S. military, ground, naval or air service during a war, or in a campaign or expedition for which a campaign badge has been authorized under the laws administered by the Department of Defense.
- An "Armed forces service medal veteran" means a veteran who, while serving on active duty in the U.S. military, ground, naval or air service, participated in a United States military operation for which an Armed Forces service medal was awarded pursuant to Executive Order 12985.

If you believe you belong to any of the categories of protected veterans listed above, please indicate by checking the appropriate box below. As a Government contractor subject to VEVRAA, we request this information in order to measure the effectiveness of the outreach and positive recruitment efforts we undertake pursuant to VEVRAA.

I IDENTIFY AS ONE OR MORE OF THE CLASSIFICATIONS OF PROTECTED VETERAN LISTED ABOVE

I AM NOT A PROTECTED VETERAN

I DECLINE TO ANSWER

Your Name

Signature

Today's Date

WERNER CONSTRUCTION, INC.129 East 2nd Street

P.O. Box 1087

Hastings, NE 68902-1087

Autoidentificación voluntaria de los veteranos (PRE-OFFERTA)

Este empleador es un contratista del gobierno sujetas a la Ley de Reajuste Asistente de los Veteranos de Vietnam de 1974, modificado por el Empleo de Veteranos de Actos de 2002 , 38 USC 4212 (VEVRAA) , que requiere que los contratistas del Gobierno para adoptar medidas positivas para la contratación y ascenso en el empleo: (1) los veteranos discapacitados ; (2) los veteranos recientemente separados ; (3) durante la guerra deber o insignia de campaña veteranos activos ; y (4) Fuerzas Armadas de servicios veteranos de medallas . Estos clasificación se definen como sigue :

- Un " veterano discapacitado " es una de las siguientes:
 - Un veterano del servicio militar EE.UU. , de tierra, mar o aire que tiene derecho a una indemnización (o que , pero para la recepción de pago de jubilación militar tendría derecho a una indemnización) bajo las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos ; o
 - Una persona que fue dado de baja del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio
- Un " veterano recientemente retirado : significa cualquier veterano durante el período de tres años a partir de la fecha de aprobación de la gestión de dicho veterano o separación del servicio activo en el ejército EE.UU. , suelo, o el servicio aéreo naval.
- Un " activo en tiempos de guerra deber o insignia de campaña veterano " significa un veterano que haya estado en servicio activo en el ejército de Estados Unidos , tierra, naval o aéreo durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual una insignia de campaña se ha autorizado en el leyes administradas por el Departamento de Defensa.
- Un " fuerzas armadas medalla de servicio de veteranos " significa un veterano que , mientras estaba en servicio activo en el ejército de Estados Unidos , tierra, naval o aéreo, participó en una operación militar de los Estados Unidos para los cuales una medalla al servicio de las Fuerzas Armadas fue galardonado con arreglo al Ejecutivo orden 12985.

Si usted cree que pertenece a cualquiera de las categorías de veteranos protegidas mencionadas anteriormente , por favor indique marcando la casilla correspondiente a continuación . Como contratista Gobierno sujeta a VEVRAA , solicitamos esta información con el fin de medir la efectividad de los esfuerzos de extensión y reclutamiento positivo llevamos a cabo de conformidad con VEVRAA.

[] IDENTIFICO como una o más de las clasificaciones de VETERANO protegidos antes citados

[] NO SOY de veterano protegido

[] Yo DISMINUCIÓN A contestar

 Tu Nombre

 Firma

 Fecha de hoy

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
OMB Control Number 1250-0005
Expires 1/31/2017
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

Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC 305
Numero de Control OMB 1250-0005
Vence el 31/1/2017
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
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis cerebral
- VIH/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia muscular
- Trastorno bipolar
- Depresión aguda
- Esclerosis múltiple (EM)
- Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades
- Trastorno de estrés posttraumático (TEPT)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas
- Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)

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

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
OMB Control Number 1250-0005
Expires 1/31/2017
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
Número de Control OMB 1250-0005
Versión 31/1/2017
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 inglés) 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.