

G & C Labor, Inc.

EMPLOYMENT APPLICATION – APLICACIÓN DE EMPLEO

Applicant/Solicitante:

Please print legibly and carefully complete the entire application. This information is extremely important. If you want to be seriously considered for this position, you must complete ALL the required information. Make sure that you sign and date everything that is requested of you.

Por favor escriba de manera legible y cuidadosamente complete toda la aplicación. Ésta información es extremadamente importante. Si quiere ser seriamente considerado para ésta posición, usted debe completar toda la información requerida. Asegúrese de firmar y de escribir la fecha a todo lo que se pregunte.

INITIAL INFORMATION/INFORMACIÓN INICIAL

First Name/Primer Nombre	Middle Name/Segundo Nombre	Last Name/Apellido	Today's Date/Fecha de Hoy
Address/Dirección	City/Ciudad	State/Estado	Zip Code/Código Postal
Home Phone/Teléfono de la Casa	Cell phone/Número de Celular	Social Security #/# de Seguro Social	
Position Desired/Posición Deseada	Salary desired/Salario Deseado	Date available/Fecha disponible	

****IMPORTANT****IMPORTANTE****

G & C Labor, Inc is an equal opportunity employer. We adhere to policy of making employment decisions without regard to race, religion, gender, sexual orientation, citizenship, age, or disability. We assure you that your opportunity for employment with G & C Labor, Inc depends solely on your qualifications.

G & C Labor, Inc es un empleador de igualdad de oportunidades. Nos adherimos a una política de hacer decisiones de empleo sin distinción de raza, religión, género, orientación sexual, nacionalidad, edad o discapacidad. Le aseguramos que su oportunidad para el empleo con G & C Labor, Inc depende solamente de sus cualidades.

QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO

Have you ever been employed by G & C Labor, Inc?

Yes _____

No _____

If yes, When and Where?

¿Alguna vez a sido empleado por G & C Labor, Inc?

Sí _____

No _____

En caso afirmativo, ¿Cuándo y Dónde?

Please indicate whether you are available for day or night shift:

Day _____

Night _____

Both _____

Por favor indique si está disponible a trabajar el turno de día o noche:

Día _____

Noche _____

Ambos _____

Have you ever been convicted of a felony?

If yes, explain (a conviction may not disqualify you, but a false statement will).

Yes _____

No _____

¿Alguna vez a sido condenado por algún delito?

En caso afirmativo explique (una convicción no lo descualifica, pero una declaración falsa sí).

Sí _____

No _____

Can you read blue prints? Yes _____ No _____
¿Usted puede leer planos? Sí _____ No _____

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

Do you have transportation to and from work? Yes _____ No _____
¿Tiene transportación para llegar al trabajo? Sí _____ No _____

Do you have any medical restrictions or physical disability that would prevent you from safely and efficiently performing this job?
Yes _____ No _____ If yes, please explain: _____

¿Tiene alguna restricción médica o incapacidad física que le impida realizar éste trabajo de manera segura y eficiente?
Sí _____ No _____ En caso de Sí, por favor explique: _____

EDUCATION/EDUCACIÓN

	Name & Location/Nombre y Lugar	From/Desde	To/Hasta	Graduate Yes/No Graduado Sí/No	Diploma or Degree Grado o Diploma	Major Subject Profesión
High School Secundaria						
College Universidad						
Grad School Esc. Graduada						
Trade/Profesión						
G.E.D.						
Other/Otro						

Subject of special study research work or certificates: _____
Estudio especial o certificados: _____

MILITARY EXPERIENCE / EXPERIENCIA MILITAR

Branch of Service/Rama del Ejército	Dates of Service/Fechas de Servicio	Final Rank/Rango Final

CERTIFICATIONS / CERTIFICACIONES

Licenses (including driver's license) # _____ State: _____
Licencias (incluyendo la licencia de conducir) # _____ Estado: _____

TWIC CARD: _____ YES _____ NO Tarjeta TWIC: _____ SÍ _____ NO

Please List any other certifications or trainings that you have:

Por favor escriba cualquier otro certificado o entrenamiento que usted tenga: _____

EXPERIENCE/ EXPERIENCIA

Please begin with your present or most recent employer. / Por favor comience con su actual o más reciente trabajo.

Date: Month/Year Fecha: Mes/Año	Name, Address & Phone number of Employer Nombre, dirección y # de Teléfono del Empleador	Position Posición	Name of Supervisor Nombre Supervisor	Final Salary Salario Final	Reason for leaving Razón de Terminación
From/Desde _____ To/Hasta _____					
From/Desde _____ To/Hasta _____					
From/Desde _____ To/Hasta _____					
From/Desde _____ To/Hasta _____					

If currently employed, may we contact your employer? _____ Yes _____ No
 Si está empleado, ¿podemos contactar a su empleador? _____ Sí _____ No

REFERENCES/REFERENCIAS

Please provide information of 2 people whom you have known for at least 3 years and who are not related to you.

Por favor provea información de 2 personas que conozca desde hace 3 años o más y que no sean familiares.

Name/Nombre	Address/Dirección	Telephone/Teléfono	Years Known/Años de Conocido

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA

Name/Nombre	Address/Dirección	Telephone/Teléfono	Relation/Relación

I authorize G & C Labor, Inc at the time of my application or during the course of my employment to obtain information from any listed source about my education, experience, character, medical history, and financial or credit records. I hereby certify that this application and any attachments contain no willful or negligent misrepresentation or falsifications and that the information given by me is true and completed. I understand that should an investigation disclose any such misrepresentation or falsification, my application will be rejected, or if employed by G & C Labor, Inc, will cause dismissal. Employment with G & C Labor, Inc is terminable at-will by either party, without cause and without notice. As an employee at-will, you may voluntarily resign your employment at any time. Also, G & C Labor, Inc reserve the right to terminate your employment at any time without cause or prior notice. No personnel of G & C Labor, Inc is authorized to change the at-will nature of the employment relationship between you and G & C Labor, Inc except the President of the company, in a written and signed agreement.

Autorizo a G & C Labor, Inc en el momento de mi solicitud o durante el curso de mi trabajo a obtener información sobre mi educación, experiencia laboral, carácter, historial médico y los registros financieros o de crédito. Por éste medio certifico que ésta aplicación y los datos adjuntos no contienen ninguna tergiversación voluntaria o negligente. Tampoco contiene falsificaciones y que la información que e proporcionado es verdadera y completa. Yo entiendo que si una investigación revela tergiversación o falsificación, mi aplicación será rechazada, o si estoy empleado por G & C Labor, Inc causará el despido. El empleo con G & C Labor, Inc es terminable a voluntad por cualquiera de las partes sin causa y sin previo aviso. Como empleado a voluntad usted puede voluntariamente renunciar a su empleo en cualquier momento. G & C Labor, Inc se reserva el derecho de suspender el empleo en cualquier momento sin causa o notificación previa. Ningún personal de G & C Labor, Inc está autorizada a cambiar la naturaleza y voluntad de la relación entre usted y G & C Labor, Inc excepto el presidente de la compañía en un acuerdo escrito y firmado.

Applicant's signature / Firma del solicitante

Date / Fecha

G & C Labor, Inc.

TERMINATION POLICY/POLÍTICA DE TERMINACIÓN

PLEASE READ THIS DOCUMENT CAREFULLY / POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ÉSTE DOCUMENTO

- **G & C Labor, Inc Policy on early termination States the following:**

If before completing three (3) consecutive months of employment by G & C Labor, Inc you leave a job willingly or by termination due to attendance or safety violations, G & C LABOR, INC reserves the right to withhold from you check the cost of your physical as well as any testing, certifications, Hotel and/or housing, and/or any other fees procured during the time of your employment.

- **La Política de G & C Labor, Inc sobre la terminación temprana de empleo indica lo siguiente:**

Si antes de completar tres (3) meses consecutivos de empleo con G & C Labor, Inc deja un trabajo de buen grado o por la terminación debido a violaciones de asistencia o seguridad, G & C LABOR, INC se reserva el derecho de retener de su cheque el costo de su examen físico o de cualquier otra prueba, Certificaciones, gastos de hotel o vivienda, y/o cualquier otra tarifa adquirida durante el tiempo de su empleo.

**I have READ, UNDERSTOOD, and AGREED with the above G & C Labor, Inc Policies.
He LEÍDO, ENTENDIDO y ESTOY DE ACUERDO con las políticas de G & C Labor, Inc.**

Signature / Firma _____ Date: _____

Print Name / Escriba su nombre _____

G & C Labor, Inc

ACKNOWLEDGE AND AUTHORIZATION FOR CRIMINAL BACKGROUND CHECK RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES

As a condition of my candidacy for employment with G & C Labor, Inc, I understand that G & C Labor, Inc may conduct a criminal background check about me for employment purposes.

By signing this Acknowledgement and Authorization, I authorize G & C Labor, Inc or other company authorized by them, to access information as may be necessary to complete a criminal background check. I release from liability all persons and entities supplying such information. I indemnify G & C Labor, Inc and any other company authorized by them, against any liability which may result from making such request. I agree that a fax or photocopy of this Acknowledgement and Authorization for Criminal Background check with my signature will be accepted as the same authority as the original. I understand that upon my request I will be given a copy of the background report.

I believe to the best of my knowledge that all information provided below is accurate, true, and correct. I hereby confirm that I fully understand the terms of this Acknowledgement and Authorization.

Signature/Firma_____

Como una condición a mi candidatura para el empleo con G & C Labor, Inc, yo comprendo que G & C Labor, Inc puede realizar una verificación de antecedentes criminales acerca de mi persona para propósitos de empleo.

Firmando éste Reconocimiento y Autorización, yo autorizo a G & C Labor, Inc y/o otra compañía autorizada por ellos para conseguir acceso a tal información como pueda ser necesario para completar la verificación de antecedentes criminales. Yo indemnizo de toda obligación a las personas y entidades que subministran tal información y también indemnizo a G & C Labor, Inc y a cualquier otra compañía autorizada por ellos contra cualquier obligación que pueda resultar de hacer tales peticiones. Estoy de acuerdo que un fax o fotocopia de éste Reconocimiento y Autorización para la verificación de antecedentes criminales con mi firma sea aceptado con la misma autoridad que la original. Comprendo que con mi petición se me otorgará una copia del reporte.

Yo creo, según mis conocimientos, que toda la información proporcionada es exacta, verdadera y correcta. Yo, por la presente confirmo que comprendo completamente los términos de éste Reconocimiento y Autorización

Date/Fecha_____

G & C Labor, Inc

ACKNOWLEDGE AND AUTHORIZATION FOR CRIMINAL BACKGROUND CHECK RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES CRIMINALES

NAME / NOMBRE: _____

OTHER NAMES USED / OTROS NOMBRES UTILIZADOS (ALIASES) _____

CURRENT ADDRESS / DIRECCIÓN ACTUAL: _____

CITY / CIUDAD: _____ STATE / ESTADO: _____ ZIP / CÓDIGO: _____

SOCIAL SECURITY NUMBER / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEX/ SEXO: _____ MALE (HOMBRE) _____ FEMALE (MUJER) RACE/RAZA _____

DRIVER'S LICENSE No. / NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____ STATE / ESTADO _____

SIGNATURE / FIRMA _____

DATE / FECHA _____

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE*****QUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

NAME / NOMBRE: _____

DATE / FECHA: _____

*****WARNING / ADVERTENCIA*****

"Pursuant to LSA-RS 23:1208 and 1208:01 of the Louisiana Worker's Compensation Act, I understand that the failure to answer truthfully to any of the question below shall result in (1) a fine of not more than five hundred dollars (\$500.00) or imprisonment for not more than twelve months (1), or both and (2) a forfeiture of compensation and medical benefits under the Louisiana Worker's compensation Act."

"En conformidad con LSA-RS 23:1208 and 1208:01 y de la Ley de Compensación del Trabajador de Louisiana entiendo que el hecho de no contestar con la verdad a cualquiera de la siguientes preguntas resultará en (1) una multa de no más de quinientos dólares (\$500.00) o pena de prisión de no más de doce (12) meses o ambos, y (2) el decomiso de compensación y beneficios médicos bajo la Ley de Compensación de los Trabajadores de Louisiana."

Please mark the appropriate answer as to whether you have or have ever had any of the following conditions:

Por favor marque en el espacio apropiado si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

CONDITION/ CONDICIÓN	YES/SÍ	NO	CONDITION/CONDICIÓN	YES/SÍ	NO
Epilepsy/Epilepsia			Numbness/Entumecimiento		
Diabetes/Diabetes			Osteomyelitis/Osteomielitis		
Heart Disease/Problemas del Corazón			Head Injury/Lesiones en la Cabeza		
Arthritis/Artritis			Nervous Breakdown, Anxiety, Depression Ataque de Nervios, Ansiedad, Depresión		
Amputated/Amputación			Ionizing Radiation Injury/ Lesión con Radiación Ionizante		
Body Part/Parte del Cuerpo _____			Compressed Air Sequelae/ Secuela del Aire Comprimido		
Loss of sight, partial or total/Pérdida de la vista, parcial o total			Bronchitis/Bronquitis		
Poliomyelitis/Poliomielitis			Emphysema/Emfisema		
Cerebral Palsy/ Parálisis Cerebral			Asthma/Asma		
Multiple Sclerosis/Esclerosis Múltiple			Ruptured or bulging Disc(s)/Ruptura or abulta de Disco (s)		
Parkinson's Disease/Enfermedad de Parkinson			Leg Pain/ Dolor de Piernas		
Stroke/ Ataque Fulminante			Fractured or Broken bones/Fractura o ruptura de huesos		
Difficulty Moving Lower extremities/ Dificultad para mover las extremidades inferiores			Difficulty lifting, Stooping, bending Dificultad al levantarse, agacharse y doblarse		
Silicosis/Silicosis			High Blood Pressure/ Alta Presión		
Asbestosis/Asbestosis			Tingling/Hormigueos		
Mental Disability/Discapacidad Mental			Body Part/Parte del Cuerpo: _____		
Hemophilia/Hemofilia			Shooting Pains/Dolor Punzante		
Head Pain/ Dolor de Cabeza			Dizziness/ Mareos		
Surgical Removal of Lumbar or Cervical Disc Extirpación quirúrgica del Disco Lumbar o Cervical			Pain /Stiffness in toe(s)/Dolor o rigidez de los dedos de los pies		
Muscular Dystrophy/Distrofia Muscular			Pain/Stiffness in Neck. / Dolor/rigidez en el cuello		
Arteriosclerosis/Arteriosclerosis			Pain/Stiffness in Back. /Dolor/rigidez en la espalda		
Thrombophlebitis/Tromboflebitis			Pain/Stiffness in Knee. /Dolor /rigidez de las rodillas		
Varicose Veins/Venas Varicosas			Knee Injury/Lesión en la Rodilla		
Heavy Metal Poisoning/Intoxicación por Metales			Neck Injury/ Lesión del Cuello		
Brain Damage/Daño Cerebral			Back Injury/Lesión de la Espalda		
Discectomy/Disectomía			Arthroscopy/Artroscopia		
Spinal Fusion/Fusión Espinal			Foot Pain or ailment/Dolor o alguna condición en los pies		
Cervical Fusion/ Fusión Cervical			Pain or stiffness in fingers/ Dolor o rigidez de los dedos		
Hyperinsulinism/Hiperinsulinismo			Shoulder Pain/ Dolor en los hombros		
Pain or Stiffness in Hands/Dolor o rigidez de las manos			Pain or stiffness in wrist/Dolor o rigidez de la muñeca		
Loss of consciousness/ Pérdida del conocimiento			Hearing loss/Pérdida de audición		
Tuberculosis/Tuberculosis			Hodgkin's Disease/ Enfermedad de Hodgkin		
Difficulty moving knees/Dificultad moviendo las rodillas			Mental Retardation/Retardación Mental		
Knee stiffness/Rigidez en las Rodillas			Carpal Tunnel Syndrome/Síndrome Tunel Carpal		
Back stiffness/ Rigidez en la Espalda			Hypertension/Hipertensión		

If you answered YES to any of the listed conditions, PLEASE EXPLAIN BELOW the nature of your injury, condition, or the type of treatment received. Please include the name, address, and phone number of the doctor providing the treatment and any impairment or disability that may have been assigned as a result of the injury/condition.

Si a contestado "Sí" a alguna de la condiciones, POR FAVOR EXPLIQUE A CONTINUACIÓN la naturaleza de su lesión, condición o tipo de tratamiento recibido. Incluya el nombre, dirección y número de teléfono del médico que proporcionó el tratamiento y cualquier deficiencia o discapacidad que pueda haber sido asignado como resultado de dicha lesión.

1. Has any doctor ever restricted your activities? / ¿Alguna vez su médico lo a restringido de realizar algún tipo de actividad? 0 Yes/Sí 0 No

If, "Yes" please explain / En caso de "Sí" por favor explique. _____

2. Have you ever been assessed any percentage of permanent disability to any part of your body for any reason what so ever? 0 Yes/Sí 0 No

¿Alguna vez a sido diagnosticado con algún porcentaje de incapacidad permanente en alguna parte de su cuerpo por algún motivo?

If, "Yes" please explain / En caso de "Sí" por favor explique. _____

3. Are you presently under any medical treatment by a doctor, chiropractor, psychiatrist, or other health care provider? 0 Yes/Sí 0 No

¿Está usted actualmente bajo algún tratamiento médico, quiropráctico, psiquiátrico u otro profesional de la Salud?

If "Yes" please explain, including the condition, name, address, and phone number of the treating physician. / En caso de "Sí", por favor explique incluyendo la condición, nombre, dirección y número de teléfono del medico. _____

4. Are you presently taking any medications? / ¿Está usted tomando algún medicamento? 0 Yes/Sí 0 No

If "Yes" please list the medications and the doctors' name and telephone number who prescribe them. / En caso de "Sí", por favor indique el medicamento, el nombre y número de teléfono del médico que los recetó. _____

5. Have you ever had surgery to any part of the body? / ¿Fue sometido a algún tipo de cirugía en alguna parte de su cuerpo? 0 Yes/Sí 0 No

If "Yes" please explain. / En caso de "Sí", por favor explique. _____

6. Have you ever received treatment for your back, neck, knees or lower limbs from a doctor, chiropractor, therapist or other healthcare provider? 0 Yes/Sí 0 No

¿Ha recibido tratamiento en su espalda, cuello, rodillas o extremidades inferiores, por algún doctor, quiropráctico, terapeuta u otro proveedor de la salud?

If "Yes" please explain. / En caso de "Sí", por favor explique. _____

7. Have you ever had an injury which required you to miss time from work? 0 Yes/Sí 0 No

¿Sufrió alguna lesión que haya requerido tiempo fuera de su trabajo?

If "Yes" please explain. / En caso de "Sí" por favor explique. _____

8. Are you aware of any condition or injury that might impair or limit your ability to work for this company? 0 Yes/Sí 0 No

¿Tiene usted conocimiento de alguna condición o lesión que pueda perjudicar o limitar su capacidad para trabajar en ésta compañía?

If "Yes" please explain. / En caso de "Sí" por favor explique. _____

Applicant's Signature / Firma del Solicitante: _____ Date / Fecha: _____

ALCOHOL, FIREARMS, AND CONTROLLED SUBSTANCES POLICY POLÍTICA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS Y SUBSTANCIAS CONTROLADAS

It is the objective of G & C Labor, Inc to: / Es el objetivo de G & C Labor, Inc de:

1. Promote, provide, and maintain a safe working environment for its employees and employees of its affiliates or subsidiaries.
Promover, proveer y mantener un ambiente seguro de trabajo para sus empleados y los empleados de sus afiliados o subsidiarios.
2. Protect G & C LABOR, INC property.
Proteger la propiedad de G & C LABOR, INC.
3. Cooperate with customers in their efforts to establish a safe, drug, and alcohol free work environment. Comply with contractual obligations and existing Federal regulations.
Cooperar con nuestros clientes en sus esfuerzos para establecer un ambiente seguro de trabajo y libre de drogas y de alcohol. Cumplir con obligaciones contractuales y con las regulaciones Federales existentes.

COMPANY PREMISES / LA COMPAÑÍA Y SUS INSTALACIONES

For the purpose of this Policy, the term "Company Premises" refers to G & C LABOR, INC, its affiliates or subsidiaries and includes all property, facilities, land, platforms, buildings, structures, fixtures, installations, automobiles, truck and other vehicles and equipment - whether owned or leased. This policy also includes any other work location, parking lots or mode of transportation to and from locations while in the course and scope of company employment and/or business.

Para el propósito de ésta política, el término "La Compañía y sus Instalaciones" se refiere a G & C LABOR, INC, sus afiliados o subsidiarios y incluye todas las propiedades, facilidades, tierras, plataformas, edificios, estructuras, accesorios, instalaciones, automóviles, camiones y otros vehículos y equipo – ya sean rentados o propios. Ésta política también incluye algún otro lugar de trabajo, estacionamientos o modo de transporte desde y hasta las instalaciones mientras el transcurso y alcance del trabajo con la compañía y/o negocio.

POLICY STATEMENT / DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Being under the influence of drugs and/or alcohol, or possessing any firearms while working or while on Company premises is strictly prohibited. The unauthorized use, possession, sale, transfer, storage or manufacture of illegal substances or drug paraphernalia; the abuse of legal drugs; or the unauthorized use, possession or sale of alcoholic beverages by an employee of G & C LABOR, INC is strictly prohibited. No G & C LABOR, INC employee will report to work, enter company premises, or conduct company business under the influence of illegal/controlled substances or alcohol. "Under the influence" means:

- A sufficient amount of a substance is in the employee's system to produce a positive test result
- The employee is exhibiting erratic abnormal behavior posing a risk to the employee and/or others.

Estar bajo las influencias de drogas y/o alcohol, o poseer algún arma de fuego mientras trabaja en las instalaciones de la compañía, está estrictamente prohibido. El uso sin autorización, posesión, venta, transferencia, almacenamiento o manufactura de sustancias ilegales o de drogas parafernalia; el abuso de drogas legales; o el uso sin autorización, posesión o venta de bebidas alcohólicas por un empleado de G & C LABOR, INC está estrictamente prohibido. Ningún empleado de G & C LABOR, INC se reportará a trabajar o entrará a las instalaciones de la compañía o conducirá negocios de la compañía bajo las influencias de sustancias controladas o ilegales y/o alcohol. "Estar Bajo la influencia" significa:

- Una cantidad suficiente de alguna sustancia en el sistema del empleado que resulte de una respuesta positiva en el examen.
- El empleado está mostrando un comportamiento inadecuado que pone en riesgo su vida y la de otros.

Compliance to this policy, including consent to searches and medical testing, is a condition of employment. Employees have the right to refuse to cooperate with G & C LABOR, INC medical testing and search requirements. However, refusal to permit such searches and/or medical testing will be grounds for termination. Each employee will be asked to read and sign this G & C LABOR, INC "Drug and Alcohol Test Consent" release form.

Conforme con ésta política, usted nos autoriza a revisar toda el área de trabajo, como por ejemplo su carro, su caja de herramientas, casillero, etc., y a hacer exámenes médicos, como una condición para el trabajo. Los empleados tienen el derecho de negarse a cooperar con los exámenes médicos y revisiones de G & C LABOR, INC. Sin embargo, el negarse a permitir dichas búsquedas y/o exámenes médicos puede tener como resultado la terminación de su trabajo. A cada empleado se le pedirá que lea y que firme ésta "Autorización para un Examen de Drogas y Alcohol" de G & C LABOR, INC.

- ✓ Illegal drugs, unauthorized controlled substances, look-a-likes, designer and synthetic drugs (including the presence of any detectable amount in the employee while working), and any other drugs or abnormal substances which may affect an employee's senses, motor functions or alter a person's perception while working are strictly prohibited.
Drogas ilegales, sustancias controladas sin autorización o parecidas, drogas genéricas u originales (incluyendo la presencia de una cantidad detectable en el empleado mientras esté trabajando), y de cualquier otra droga o sustancia no común que puedan afectar los sentidos, las funciones motoras o alterar la percepción de la persona mientras trabaje, están estrictamente prohibidas.
- ✓ Alcoholic Beverages - under no circumstances will alcoholic beverages be brought onto company property or consumed while on Company premises.
Bebidas Alcohólicas – bajo ninguna circunstancia será permitido traer y/o consumir bebidas alcohólicas en la compañía y sus instalaciones.
- ✓ Drug paraphernalia and other unauthorized items may not be brought onto company premises under any circumstances.
Drogas parafernalia y otros objetos no autorizados, no podrán ser traídos a la compañía y a sus instalaciones bajo ninguna circunstancia.

ALCOHOL, FIREARMS, AND CONTROLLED SUBSTANCES CONTINUED CONTINUACIÓN DE LA POLÍTICA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS Y SUBSTANCIAS CONTROLADAS

- ✓ Firearms, Weapons, and Ammunition may not be brought onto Company premises under any circumstances.

Armas de fuego, armas blancas y municiones no podrán ser traídos a la compañía y sus instalaciones bajo ninguna circunstancia.

- ✓ Prescription Drugs - except under the following conditions:
Drogas prescritas – con la excepción de las siguientes condiciones:
- a) Employees shall have a valid medical prescription for any prescription drugs. If this medication can/does impair the employee's performance, the employee will immediately notify his/her supervisor or alternate member of management.
Los empleados deben de tener una prescripción médica válida para todas las drogas prescritas. Si ésta medicina puede perjudicar o si perjudica el desempeño del empleado, el empleado notificará inmediatamente a su supervisor o a la persona que esté a cargo en el momento.
 - b) The medication shall be in the employee's name in the original vial and have the doctor's name and prescription number on the label.
La medicina debe contener el nombre del empleado en el envase original y debe de tener el nombre del doctor y el número de la prescripción en la etiqueta.
 - c) Each prescription shall not be older than one year of the date issue.
Cada prescripción médica debería de ser de un año o menos de la fecha original.
 - d) Employees shall only possess enough medication for the normal work shift.
Los empleados solo pueden poseer la cantidad de medicina necesaria para su turno de trabajo.

NOTE: G & C LABOR, INC SHALL RESERVE THE RIGHT TO HAVE AN OUTSIDE PHYSICIAN DETERMINE IF A PRESCRIPTION DRUG OR MEDICATION INHIBITS EMPLOYEE PERFORMANCE. G & C LABOR, INC SHALL RESTRICT THE USE OF ANY SUCH DRUG OR MEDICATION WHILE ON COMPANY PREMISES OR CONDUCTING COMPANY BUSINESS. THIS SHALL ALSO INCLUDE RESTRICTING THE EMPLOYEE'S WORK ACTIVITY OR PRESENCE AT THE CUSTOMER'S WORK SITE.

NOTA: G & C LABOR, INC RESERVA EL DERECHO DE UTILIZAR A OTRO DOCTOR AFUERA DE LAS FACILIDADES PARA DETERMINAR SI LA MEDICINA O DROGA PRESCRITA AFECTA EL COMPORTAMIENTO DEL EMPLEADO. G & C LABOR, INC PUEDE RESTRINGIR EL USO DE DICHAS DROGAS O MEDICINAS MIENTRAS SE ENCUENTRE EN LAS INSTALACIONES O CONDUciendo NEGOCIOS CON LA COMPAÑÍA. ÉSTO TAMBIÉN INCLUYE RESTRINGIR LA ACTIVIDAD DE TRABAJO DEL EMPLEADO O SU PRESENCIA EN EL ÁREA DE TRABAJO.

DRUG TESTING PROCEDURE / PROCEDIMIENTO PARA EL EXÁMEN DE DROGAS

Personnel may be tested for drugs and/or alcohol by any accepted method to include but not limited to urinalysis and/or blood testing. The following are different situations that we **will** conduct a drug test:

*El personal puede ser examinado para drogas y/o alcohol por cualquier método aceptado incluyendo pero no limitado a un análisis de orina y/o examen de sangre. Algunos ejemplos de situaciones en la que se le **hará** un examen de droga son las siguientes:*

- During the pre-employment physical. *Durante el examen físico de aceptación para el trabajo.*
- Upon reasonable suspicion of the possession, use, or transportation of illegal drugs or alcoholic beverages. *Bajo una sospecha razonable de posesión, uso o transporte de drogas ilegales y/o bebidas alcohólicas.*
- If injury, accident, or incident on the job, you may be required to submit to a drug and alcohol test. If you refuse or test positive, you may not only forfeit workers' compensation benefits, but you may also be released from employment immediately.
Si ocurre un accidente, lesión o algún incidente en el trabajo, es requerido que se someta a un examen de drogas y alcohol. Si usted se niega a hacer dicho examen o si el resultado es positivo, podría perder los beneficios de compensación por accidentes de trabajo y también podría resultar con la terminación de su empleo inmediatamente.

ACKNOWLEDGMENT / RECONOCIMIENTO

Employees are required to sign this G & C LABOR, INC "Alcohol, Firearms and Controlled Substance Policy" acknowledging that the employee has read and understands this company policy and that compliance with this policy is a condition of employment. This acknowledgment statement will be kept in the employee's personnel file.

Los empleados están requeridos a firmar éste Reconocimiento de "Política de Bebidas Alcohólicas, Drogas y Sustancias Controladas" de G & C LABOR, INC reconociendo que el empleado a leído y entiende la política de la compañía y que la obediencia de ésta política es una condición para el trabajo. Ésta declaración de Reconocimiento será mantenida en el expediente personal del empleado.

**I have READ, UNDERSTOOD, and AGREED with the above G & C LABOR, INC Policies.
He LEÍDO, ENTENDIDO y ESTOY DE ACUERDO con las políticas de G & C LABOR, INC.**

Signature / Firma _____ Date: _____

Print Name / Escriba su nombre _____