



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com

908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Application Form *Aplicación*

Personal Information *Información Personal*

Full Name *Nombre Completo*

Last Apellido(s) _____

First Primer Nombre _____

Middle Name(s) Segundo Nombre _____

Address

Dirección

Street Address Dirección _____

Apt/Unit # _____

City Ciudad _____

State Estado _____

ZIP Code Código postal _____

Home Phone:

Telefono de la casa _____

Mobile Phone:

Numero de Celular _____

Email:

Correo Electronico _____

SSN or Gov't ID:

Número de Seguro Social o Identificación del Gobierno: _____

Birth Date:

Fecha de Nacimiento _____

Marital Status:

Estado Civil _____

Are you at least 18 years old? <i>¿Tiene por lo menos 18 años o más?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If no, can you submit a work permit if hired? <i>Si no, ¿puede entregar un permiso de trabajo si lo/la contratamos?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If hired, can you present evidence of your U.S. Citizenship or proof of your legal status to live and work in this country? <i>Si es contratado, ¿puede presentar evidencia de su ciudadanía estadounidense o prueba de su estado legal para vivir y trabajar en este país?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you able to perform the essential functions of the job for which you are applying, either with or without reasonable accommodation? <i>¿Es capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo para el que está solicitando, ya sea con o sin adaptaciones razonables?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If no, describe the functions that cannot be performed: <i>Si no, describa las funciones que no puede realizar</i>	



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com
908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com



P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Emergency Contact Information *Contacto de Emergencia*

Full Name *Nombre Completo*

Last *Apellido(s)*

First *Primer Nombre*

Middle Name(s) *Segundo Nombre*

Address

Dirección

Street Address *Dirección*

Apt/Unit #

City *Ciudad*

State *Estado*

ZIP Code *Código postal*

Home Phone:

Telefono de la casa

Mobile Phone:

Numero de Celular

Relationship:

Relación con la persona:

Driving Information *Información Personal*

Do you have a Driver's License? *¿Tiene licencia de manejo?* Yes No

Driver's Licence Number *Numero de licencia*

Type of License *Tipo de licencia*

Operator

Commercial (CDL)

Chauffer

State of Issue:

Estado de Emisión

Expiration Date:

Fecha de Expiración

What is your means of transportation to work?

¿Cuál es su medio de transporte al trabajo?

Have you had any accidents during the past three years?

¿Ha tenido algún accidente durante los últimos tres años?

Yes No

How many?

¿Cuántos?



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com
908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com



P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Background Information *Información de Antecedentes*

Have you ever been convicted of a crime? Yes No
¿Alguna vez ha sido condenado por un delito?

If yes, explain number of conviction(s), nature of offense(s) leading to conviction(s), how recently such offense(s) was/were committed, sentence(s) imposed, and type(s) of rehabilitation.
En caso afirmativo, explique el número de condenas, los delitos, la fecha en que se cometieron dichos delitos, las sentencias impuestas y el tipo o tipos de rehabilitación.

Employee's Availability *Disponibilidad del Empleado*

Position applied for: <i>Puesto deseado</i>	
How many hours can you work weekly? <i>¿Cuántas horas a la semana puede trabajar?</i>	
Can you work late evenings? <i>¿Puede trabajar hasta tarde?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Employment desired: <i>Tipo de empleo deseado</i>	<input type="checkbox"/> Full Time Only <i>Solo tiempo completo</i> <input type="checkbox"/> Part Time Only <i>Solo medio tiempo</i>
Date to start work? <i>Fecha para empezar a trabajar</i>	

Days/Hours Available to Work *Días/horas disponibles para trabajar*

Sunday (<i>domingo</i>):	Thursday (<i>jueves</i>):
Monday (<i>lunes</i>):	Friday (<i>viernes</i>):
Tuesday (<i>martes</i>):	Saturday (<i>sabado</i>):
Wednesday (<i>miercoles</i>):	

Are you a U.S. Citizen or otherwise authorized to work in the United States on an unrestricted basis? *¿Es usted ciudadano estadounidense o está autorizado a trabajar en los Estados Unidos sin restricciones?* Yes No

If applicable, please list your visa type, visa number and expiration date. *Si corresponde, enumere su tipo de visa, número de visa y fecha de vencimiento.*

Visa Type: _____ Visa Number: _____ Expiration Date: _____
Tipo de Visa _____ Numero de Visa _____ Fecha de Expiración _____



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com

908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Education <i>Educación</i>				
TYPE OF SCHOOL <i>Tipo de escuela</i>	NAME OF SCHOOL <i>Nombre de escuela</i>	ADDRESS <i>Dirección</i>	# OF YEARS COMPLETED <i>Años completados</i>	MAJOR/DEGREE <i>Especialidad/Título</i>
High School <i>Escuela Secundaria</i>				
College <i>Universidad</i>				
Business or Trade School <i>Escuela de Negocios o Comercios</i>				
Professional School <i>Escuela Profesional</i>				

Employment History <i>Historial de Empleo</i>		
Name of Employer: <i>Nombre del Empleador</i> _____		
Address <i>Dirección</i>		
<i>Street Address Dirección</i> _____		<i>Apt/Unit #</i> _____
<i>City Ciudad</i> _____	<i>State Estado</i> _____	<i>ZIP Code Código postal</i> _____
Type of Business: <i>Tipo de Negocio:</i> _____		
Supervisor's Name: <i>Tipo de Negocio:</i> _____		Telephone Number: <i>Numero de telefono</i> _____
Your Position & Duties <i>Su Puesto & Deberes</i> _____		

Date of Employment: <i>Fecha de Empleo:</i>	From: <i>De</i> _____	To: <i>Hasta</i> _____
Reason for Leaving: <i>Razón por la cual se fue</i> _____		

May we contact this employer for a reference? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>¿Podemos contactar a este empleador para una referencia?</i>		



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com



908- 202-8564, Fax: 908-441-5721

www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Employment History Continued *Historial de Empleo Continuado*

Name of Employer:
Nombre del Empleador

Address
Dirección

Street Address Dirección

City Cuidad

State Estado

ZIP Code Código postal

Type of Business:
Tipo de Negocio:

Supervisor's Name:
Tipo de Negocio:

Telephone Number:
Numero de telefono

Your Position & Duties
Su Puesto & Deberes

Date of Employment *Fecha de Empleo* From: *De*

To: *Hasta*

Reason for Leaving:
Razón por la cual se fue

May we contact this employer for a reference? *¿Podemos contactar a este empleador para una referencia?* Yes No

Name of Employer:
Nombre del Empleador

Address
Dirección

Street Address Dirección

Apt/Unit #

City Cuidad

State Estado

ZIP Code Código postal

Type of Business:
Tipo de Negocio:

Supervisor's Name:
Tipo de Negocio:

Telephone Number:
Numero de telefono

Your Position & Duties
Su Puesto & Deberes

Date of Employment *Fecha de Empleo* From: *De*

To: *Hasta*

Reason for Leaving:
Razón por la cual se fue

May we contact this employer for a reference? *¿Podemos contactar a este empleador para una referencia?* Yes No

*If you wish to add more employment history, please use additional sheets.

**Si desea agregar más historial de empleo, agregue una hoja adicional.*



NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com
908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

We go the extra mile with passion & integrity

Additional References *Referencias Adicionales*

Name of Reference: <i>Nombre de Referencia</i> _____
Relationship: _____ <i>Relación</i>
Telephone Number: _____ <i>Numero de telefono</i>

Name of Reference: <i>Nombre de Referencia</i> _____
Relationship: _____ <i>Relación</i>
Telephone Number: _____ <i>Numero de telefono</i>

Name of Reference: <i>Nombre de Referencia</i> _____
Relationship: _____ <i>Relación</i>
Telephone Number: _____ <i>Numero de telefono</i>



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com

908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

VEVRAA Self-Identification Form

Formulario de autoidentificación VEVRAA

On September 24, 2013, the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs published a Final Rule in the *Federal Register* revising the regulations implementing the Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act, as amended (VEVRAA) at 41 CFR Part 60-300. The regulations became effective on March 24, 2014. *El 24 de septiembre de 2013, la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos publicó una Regla Final en el Registro Federal que revisa las regulaciones que implementan la Ley de Asistencia de Reajuste de Veteranos de la Era de Vietnam, según enmendada (VEVRAA) en 41 CFR Parte 60-300. La normativa entró en vigor el 24 de marzo de 2014.*

VEVRAA prohibits federal contractors and subcontractors from discriminating in employment against protected veterans and require these employers to take affirmative action to recruit, hire, promote, and retain these veterans. As revised, the regulations strengthen the affirmative action provisions of the regulations to aid contractors in their efforts to recruit and hire protected veterans and improve job opportunities for protected veterans. *VEVRAA prohíbe a los contratistas y subcontratistas federales discriminar en el empleo a los veteranos protegidos, y requiere que estos empleadores tomen medidas afirmativas para reclutar, contratar, promover y retener a estos veteranos. Según se revisó, las regulaciones fortalecen las disposiciones de acción afirmativa de las regulaciones para ayudar a los contratistas en sus esfuerzos por reclutar y contratar veteranos protegidos y mejorar las oportunidades de trabajo para los veteranos protegidos.*

- I identify as one or more of the classifications of Protected Veteran. *Soy Veterano Protejido.*
- I Am NOT A Protected Veteran *NO Soy Veterano Protejido.*
- I Don't Wish To Answer *No deseo contestar.*



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com

908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Voluntary Self-Identification of Disability

Name: _____ 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.



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com



www.nolimithealthcare.com

908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Conflict of Interest Attestation Statement

Declaración de conflicto de intereses

I have read the **Conflict of Interest policy** set forth above and agree to comply fully with its terms and conditions at all times during my services as an employee or Governing Body/Professional Advisory Committee member. *He leído la póliza de conflicto de intereses establecida anteriormente y acepto cumplir plenamente con sus términos y condiciones en todo momento durante mis servicios como empleado o miembro del Comité Asesor Profesional / Cuerpo Directivo.*

As an employee, I have also read the No Limit Health Care & Social Services LLC *Employee Handbook* Section 5-13 on **Conflict of Interest, Ethics and Non-Compete** and agree to comply fully with its terms and conditions at all times. *Como empleado, también he leído el Manual del Empleado de No Limit Health Care & Social Services LLC Sección 5-13 sobre el conflicto de intereses, ética y no competencia y acepto cumplir plenamente con sus términos y condiciones en todo momento.*

I understand that if I violate these policies, I am subject to immediate discipline, including termination. If No Limit Health Care & Social Services LLC suffers a financial loss as a result of my violating the non-competite clause, No Limit Health Care & Social Services LLC may file suit against me in pursuant to applicable New Jersey laws. *Entiendo que, si violo estas pólizas, estoy sujeto a una disciplina inmediata, incluida la terminación. Si No Limit Health Care & Social Services LLC sufre una pérdida financiera como resultado de mi violación de la cláusula de no competencia, No Limit Health Care & Social Services LLC puede presentar una demanda contra mí de conformidad con las leyes aplicables de Nueva Jersey.*

If at any time following the submission of this form, I become aware of any actual or potential conflicts of interests, or if the information provided below becomes inaccurate or incomplete, I will promptly notify the Executive Director/Administrator in writing. *Si en cualquier momento después de la presentación de este formulario, tengo conocimiento de cualquier conflicto de intereses real o potencial, o si la información proporcionada a continuación se vuelve inexacta o incompleta, notificaré de inmediato al Director Ejecutivo/Administrador por escrito.*

Disclosure of Actual or Potential Conflicts of Interest:

Divulgación de conflictos de intereses reales o potenciales _____

By signing below, I acknowledge and agree to the terms and conditions set forth above.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto los términos y condiciones establecidos anteriormente.

Printed Name:

Nombre impreso _____

Signature:

Firma _____

Date:

Fecha _____



We go the extra mile with passion & integrity

NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com



www.nolimithealthcare.com

908- 202-8564, Fax: 908-441-5721



P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

Applicant's Statement

Declaración del solicitante

1. I certify that the information given by me in this Application is true and correct. I understand and agree that if I provide any false or misleading information on this Application or in my pre-employment interviews, it may result in the revocation of an offer or employment or an immediate termination of my employment with No Limit Social Services, regardless of when it is discovered. *Certifico que la información proporcionada por mí en esta Aplicación es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que si proporciono información falsa o engañosa en esta Solicitud o en mis entrevistas previas al empleo, puede resultar en la revocación de una oferta o empleo o una terminación inmediata de mi empleo con No Limit Social Services, independientemente de cuándo se descubra.*
2. I understand that any offer of employment is contingent upon my providing proof of identity and eligibility to work in the United States. *Entiendo que cualquier oferta de empleo depende de que proporcione una prueba de identidad y elegibilidad para trabajar en los E.E.U.U.*
3. I will complete a fingerprint check and clearance prior to the start of my employment. *Completaré una verificación y autorización de huellas dactilares antes del inicio de mi empleo.*
4. I hereby authorize my prior employers, all educational institutions that I have attended, and all individuals whom I have listed as references herein, to supply to No Limit and its agents or designees, any and all information that they may have regarding my past employment, education, experience, and qualifications. *Por la presente, autorizo a mis empleadores anteriores, a todas las instituciones educativas a las que he asistido y a todas las personas que he enumerado como referencias en este documento, a proporcionar a No Limit y sus agentes o designados, toda la información que puedan tener con respecto a mi empleo, educación, experiencia y calificaciones anteriores.*
5. I also hereby authorize No Limit to investigate and review my criminal records. I request, authorize, and consent to the release of any and all such information to No Limit consistent with state and federal laws. *Por la presente, también autorizo a No Limit a investigar y revisar mis antecedentes penales. Solicito, autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier y toda dicha información a No Limit de acuerdo con las leyes estatales y federales.*
6. I understand and agree that, if I become employed by No Limit, I will be employed on an "at-will" basis. This means that my employment may be terminated by either No Limit or me at any time, with or without cause, and with or without advance notice. I further understand and agree that the Company may demote or discipline me, or take other actions with respect to my employment, in its sole discretion, with or without cause, and with or without advance notice. I also understand that no person, other than the Executive Director of No Limit, has the authority to modify the terms of my at-will employment, and that any such modification will not be binding unless it is in writing and signed by the Executive Director. *Entiendo y estoy de acuerdo en que, si me empleo en No Limit, seré empleado "a voluntad". Esto significa que mi empleo puede ser terminado por No Limit o por mí en cualquier momento, con o sin causa, y con o sin previo aviso. Además, entiendo y acepto que la Compañía puede degradarme o disciplinarme, o tomar otras acciones con respecto a mi empleo, a su entera discreción, con o sin causa, y con o sin previo aviso. También entiendo que ninguna persona, aparte del Director Ejecutivo de No Limit, tiene la autoridad*



NO LIMIT HEALTH CARE & SOCIAL SERVICES



Email: admin@nolimithealthcare.com

908-202-8564, Fax: 908-441-5721



www.nolimithealthcare.com

P.O. BOX 394, Washington, NJ, 07882

We go the extra mile with passion & integrity

para modificar los términos de mi empleo a voluntad, y que dicha modificación no será vinculante a menos que sea por escrito y esté firmada por el Director Ejecutivo.

7. This agreement is the entire agreement and takes the place of all prior and contemporaneous agreements, representations, and understandings regarding my employment at No Limit. *Este acuerdo es el acuerdo completo y toma el lugar de todos los acuerdos, representaciones y entendimientos anteriores y contemporáneos con respecto a mi empleo en No Limit.*

I, _____ acknowledge that I have read the statements listed above, I understand they part of the terms and conditions of my employment if I am offered a position with No Limit.

Yo, _____ reconozco que he leído las declaraciones arriba. Yo entiendo que forman parte de los términos y condiciones de mi empleo si me ofrecen un puesto en No Limit.

Signature:

Firma

Date:

Fecha
