

# Application For Employment Solicitud de Empleo

**RABUN COUNTY**  
25 COURTHOUSE SQUARE SUITE 201  
CLAYTON, GA 30525  
DRUG FREE WORKPLACE POLICY  
APPLICANTS MAY BE SUBJECT TO DRUG TESTING

We consider applications for all positions without regard to race, color, religion, creed, sex, national origin, disability, sexual orientation, citizenship status or any other legally protected status. Aceptamos solicitudes para todas las posiciones sin tomar en cuenta raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, incapacidad, orientación sexual, estado de ciudadanía, o cualquier otro estado protegido legalmente.

Position(s) Applied For/Puesto(s) que solicita

Date of Application/Fecha de la Solicitud

How Did You Learn About Us?/¿Cómo se enteró sobre nosotros?

- Advertisement/Anuncio       Relative/Pariente       Inquiry/Vino por su cuenta  
 Employment Agency/Agencia de Empleo       Friend/Amigo       Other/Otro \_\_\_\_\_

Last Name/Apellido(s)

First Name/Nombre(s)

Middle Name

Address/Dirección

Number/Número

Street/Calle

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Telephone Number(s)/Número(s) de Teléfono

Social Security Number/Número de Seguro Social

(Voluntary/  
Voluntario)

Best time to contact you at home is: La mejor hora para comunicarse con usted en casa es: ..... :..... AM  
PM

If you are under 18 years of age, can you provide required proof of your eligibility to work? .....  Yes/Si       No  
Si es menor de 18 años, ¿puede proveer las pruebas requeridas sobre su elegibilidad para trabajar? ....

Have you ever filed an application with us before? ¿Ha solicitado empleo en esta empresa anteriormente?  Yes/Si       No

If Yes, give date \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique la fecha

Have you ever been employed with us before? ¿Ha trabajado en esta empresa anteriormente? .....  Yes/Si       No

If Yes, give date \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, indique la fecha

Do any of your friends or relatives, other than spouse, work here? .....  Yes/Si       No  
¿Trabaja en esta empresa algún amigo o familiar? .....

Are you currently employed? ¿Trabaja actualmente? .....  Yes/Si       No

May we contact your present employer? ¿Nos autoriza a ponernos en contacto con su empleador actual?  Yes/Si       No

Are you prevented from lawfully becoming employed in this country because of Visa or Immigration Status  
¿Tiene prohibido trabajar legalmente en este país a causa de su situación de inmigración o visa?  
Proof of citizenship or immigration status will be required upon employment. ....  Yes/Si       No  
Si se le contrata se le pedirá prueba de ciudadanía o situación de inmigración. ....

What is your desired salary range?/¿Cuál es el alcance de su salario deseado? \_\_\_\_\_

Date available for work/¿En qué fecha estará disponible para trabajar? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Are you available to work:/¿Está disponible para trabajar:

- Full-Time/Tiempo Completo       Part-Time/Tiempo Parcial       Temporary/Temporario

Are you currently on "lay-off" status and subject to recall?  
¿Está actualmente en suspensión temporal y sujeto a que lo vuelvan a emplear?  Yes/Si       No

## EDUCATION/EDUCACIÓN

Elementary School Escuela Primaria	Name and Address of School Nombre y Dirección de Escuela	Course of Study Curso de Estudios	Number of Years Completed Número de Años Terminados	Diploma/Degree Título/Diploma
High School Escuela Secundaria				
Undergraduate College Universidad de Pregrado				
Graduate/Professional Posgrado/Profesional				
Other (Specify) Otro (Especifique)				

## ADDITIONAL INFORMATION/INFORMACIÓN ADICIONAL

State any additional information you feel may be helpful to us in considering your application, including any job related training in the U.S. Military.  
Indique cualquier información adicional que considere que nos sería útil para evaluar su solicitud, incluyendo cualquier entrenamiento en el servicio militar de E.E.U.U.

Note to Applicants: DO NOT ANSWER THIS QUESTION UNLESS YOU HAVE BEEN INFORMED ABOUT THE REQUIREMENTS OF THE JOB FOR WHICH YOU ARE APPLYING.

Can you perform the essential functions of the job, for which you are applying, either with or without reasonable accommodation?  
A review of the activities involved in such a job or occupation has been given.

YES       NO

Note para el solicitante: NO CONTESTE ESTA PREGUNTA A MENOS QUE LE HAYAN INFORMADO SOBRE LOS REQUISITOS DEL EMPLEO QUE SOLICITA.

¿Puede usted realizar las funciones necesarias del trabajo, para el cual usted está solicitando, con o sin adaptación razonable? Se adjunta una descripción de las actividades a realizarse en dicho empleo u ocupación.

SI       NO

WE ARE AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER/ESTA FIRMA OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD DE EMPLEO

## Employment Experience/Experiencia Laboral

Start with your present or last job. Include any job-related military service assignments and volunteer activities. You may exclude organizations which indicate race, color, religion, gender, national origin, disabilities or other protected status.  
 Indique primero su empleo actual o su último empleo. Incluya las actividades de servicio militar relacionadas con su empleo y las actividades como voluntario. Está autorizado a excluir las organizaciones que indican su raza, color, religión, género, origen nacional, sus incapacidades físicas o mentales o cualquier otra condición protegida por la ley.

1.	Employer/Empleador		Dates Employed Fechas de Empleo		Work Performed/Trabajo Realizado
	Address/Dirección		From/Desde	To/Hasta	
	Telephone Number(s)/Número(s) de Teléfono(s)		Hourly Rate/Salary Pago por Hora/Sueldo		
	Job Title/Título del Empleo	Supervisor/Supervisor	Starting/Inicial	Final	
	Reason for Leaving/Motivo por el Cual Dejó su Empleo				
2.	Employer/Empleador		Dates Employed Fechas de Empleo		Work Performed/Trabajo Realizado
	Address/Dirección		From/Desde	To/Hasta	
	Telephone Number(s)/Número(s) de Teléfono(s)		Hourly Rate/Salary Pago por Hora/Sueldo		
	Job Title/Título del Empleo	Supervisor/Supervisor	Starting/Inicial	Final	
	Reason for Leaving/Motivo por el Cual Dejó su Empleo				
3.	Employer/Empleador		Dates Employed Fechas de Empleo		Work Performed/Trabajo Realizado
	Address/Dirección		From/Desde	To/Hasta	
	Telephone Number(s)/Número(s) de Teléfono(s)		Hourly Rate/Salary Pago por Hora/Sueldo		
	Job Title/Título del Empleo	Supervisor/Supervisor	Starting/Inicial	Final	
	Reason for Leaving/Motivo por el Cual Dejó su Empleo				

## References/Referencias

	Nombre/Name	Phone Number Número de Teléfono	Best Time to Call Mejor Hora de Llamar	Occupation/Ocupación
1.				
2.				
3.				

## Applicant's Statement/Declaración del Empleado

I certify that the information furnished on this application is true and complete. I understand that any false or misleading information on this application or interview(s) may result in discharge. I understand, also, that I am required to abide by the rules and regulations of the employer.  
 Declaro la veracidad de la información que aparece en esta solicitud de empleo que es necesaria para tomar una decisión sobre el puesto de trabajo que solicito. Esta solicitud de empleo se considerará válida durante un período que no excederá los 45 días. Los solicitantes que deseen que se les considere para puestos de trabajo después de este período de tiempo, deberán preguntar si se aceptan o no solicitudes en ese momento.  
 Por la presente declaro y acepto que, a menos que se defina de otra manera las leyes aplicables, todas las relaciones de trabajo con esta organización serán de tipo "a voluntad"; lo que significa que el Empleado podrá renunciar en cualquier momento y que el Empleado podrá ser despedido al Empleado en cualquier momento, con o sin causa. Además, se entiende que la relación de trabajo "a voluntad" no se podrá cambiar mediante ningún documento escrito ni por ninguna conducta, a menos que una modificación autorizada de esta organización haya aceptado dicho cambio por escrito.  
 En caso que se me descubra, entiendo que toda información falsa o engañosa que haya dado en mi solicitud o en mi(s) entrevista(s) pueda resultar en mi despido. Entiendo, además, que deberé cumplir con todas las regulaciones y reglamentos de mi empleador.

Signature of Applicant/Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

This application for employment is valid for general use throughout the United States. Amsterdam Printing and Litho assumes no responsibility for the use of said form or any questions which, when asked by the employer of the job applicant, may violate State and/or Federal Law.  
 Esta Solicitud de Empleo se vende para uso general en todo Estados Unidos. Amsterdam Printing and Litho, no asume ninguna responsabilidad por el uso de dicho formulario ni por ninguna pregunta que, cuando la formula el empleador al individuo que solicita empleo, pudiera violar las leyes federales y/o estatales.  
 Copyright 2002 Amsterdam Printing and Litho, Amsterdam, N.Y. 12010  
 Re-order Form #33529 (or #33537 Imprinted)  
 To Re-order Call Toll Free (866) 466-1438 or visit us online: AmsterdamPrintingForms.com



**Rabun County Health Insurance Options 7/1/21 – 6/30/22**

Benefit	UHC - Option 1 Renewal (BN7SM)	UHC - Option 2/HSA Renewal (CA4D)	UHC - Option 3 (CA38 MOD3)
	In-Network	In-Network	In-Network
Primary Care Office Visit	\$25 copay	Deductible/Coinsurance	\$30 copay
Specialist Office Visit	\$50 copay	Deductible/Coinsurance	\$125 copay
Preventive Care	100%	100%	100%
Individual Calendar Year Deductible	\$1,000	\$2,000	\$7,000
Family Calendar Year Deductible	\$3,000	\$4,000	\$14,000
Individual Out-of-Pocket Maximum	\$2,000	\$4,000	\$8,500
Family Out-of-Pocket Maximum	\$4,000	\$8,000	\$17,000
Coinsurance	100%	80%	80%
Inpatient Hospital	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance	Deductible/Coinsurance
Outpatient Facility	Deductible/Coinsurance - Freestanding Facility Additional \$500 copay if performed at hospital based center	Deductible/Coinsurance - Freestanding Facility Additional \$500 copay if performed at hospital based center	Deductible/Coinsurance - Freestanding Facility Additional \$500 copay if performed at hospital based center
Urgent Care	\$100 copay	Deductible/Coinsurance	\$50 copay
Emergency Room	\$200 copay	Deductible/Coinsurance	\$500 copay, then deductible/coinsurance
Prescription Drugs	\$10/\$35/\$60 Home Delivery - 90 day supply \$25/\$87.50/\$150	After Deductible \$10/\$35/\$75/\$150 Home Delivery - 90 day supply \$25/\$87.50/\$187.50/\$375	\$10/\$75/\$175/\$350 Home Delivery - 90 day supply \$25/\$187.50/\$437.50/\$875
Type of Coverage	UHC - Option 1 Bi-Weekly Rates	UHC - Option 2/HSA Bi-Weekly Rates	UHC - Option 3 Bi-Weekly Rates
Employee Only	\$100.00	\$20.00	\$0.00
Family	\$773.00	\$250.00	\$431.00
Employee Total Out of Pocket + Deductions	\$4,600.00	\$2,520.00	\$8,500



## BENEFITS July 1, 2021 – June 30, 2022

Medical Insurance 3 plans starting 91 days from full-time employment

Plan A \$100.00 EO	Plan B 20.00 EO	Plan C FREE
\$773.00 Family	\$ 250.00 family	\$431.00 family

Plan B is an HSA if an employee completes a physical at the Employee County Clinic Jan-May the county currently places \$2000 into the HSA for the employee each July

Dental Starting the 1st day of the month following full-time employment

\$11.11 EO  
\$31.88 Family

Vision Starting the 1st day of the month following full-time employment

\$4.50 EO  
\$8.72 E+1 dependent  
\$12.81 Family

Short Term Disability Starting the 1st day of the month following full-time employment  
Based on salary and age

Long Term Disability Starting the 1st day of the month following full-time employment  
Based on salary and age

Life Insurance Starting the 1st day of the month following full-time employment  
Based on salary and age

AD&D Insurance Starting the 1st day of the month following full-time employment  
Based on salary and age

Life Insurance \$25,000 Starting after 6 months of full-time employment  
FREE County Pays 100%

AD&D Insurance \$25,000 Starting after 6 months of full-time employment  
FREE County Pays 100%

Texas Life Whole life offered once a year during open enrollment  
Based on salary and age

Aflac plans including but not limited to Cancer, Accident, Critical Illness, etc  
Based on plan type and employee family size

County Clinic for Employees and Family  
\$5.00 per visit plus cost of discounted meds

Retirement with ACCG  
1st Plan 401/457 if employee is putting in 4% county matches 2 % after 1 year of employment  
Vested after 5 years

2nd plan Defined Benefit Plan  
FREE County pays 100%  
Vested after 5 years  
Retire at age 62 with no penalties after 20 years of services  
Retire at age 65 after when vested

11 Hours Personal time per month 1<sup>st</sup> 4 years

13 Hours Personal leave per month from 5-9 years

14 Hours Personal leave per month after 10 years

Leave can only add up to 240 after 240 no additional leave is given until time is used

10 Paid Holidays