



Hiring Company Name: _____

Applicant Driver Name: _____

Date: _____

Document List for FMCSA Compliance

As part of our commitment to maintaining high standards of safety within the transportation industry, this document serves as a comprehensive guide to the required documentation for compliance with the Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA). The FMCSA mandates the submission of specific documents to verify compliance with regulatory standards. This document list aims to streamline and simplify the process, providing a clear overview of the necessary paperwork to facilitate efficient compliance management. Please use this list to ensure that your records align with FMCSA regulations, promoting a safer and more streamlined operation.

House Driver Required Documents

- ☐ Application for Commercial Driver
- ☐ Driver's Release and Authorization for Background Check (Driver's Release and Authorization for Screening and Background Check)
- ☐ Copy of CDL
- ☐ Copy of Medical Card
- ☐ MVR
- ☐ Clearing House Query
- ☐ Other _____

Owner Operator Required Documents

- ☐ Application for Commercial Driver
- ☐ Driver's Release for Authorization of Background Check (Driver's Release and Authorization for Screening and Background Check)
- ☐ Copy of CDL
- ☐ Copy of Medical Card
- ☐ MVR
- ☐ Clearing House Query
- ☐ Truck Registration
- ☐ Truck Annual Vehicle Inspection
- ☐ California ONLY – Truck 90 Days Inspection
 - o *Not Applicable for Non-California Carriers*
- ☐ Trailer Registration
 - o *Not applicable if the trailer will be provided by the carrier*
- ☐ Trailer Annual Vehicle Inspection
 - o *Not applicable if the trailer will be provided by the carrier*
- ☐ California ONLY - Trailer 90 Days Inspection
 - o *Not applicable if the trailer will be provided by the carrier or for Non-California Carriers*
- ☐ Other _____

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:
--	--



F.001 V.03/24		COMMERCIAL DRIVER HIRING AUTHORIZATION PRE-SCREENING FORM			
DRIVER'S INFORMATION / INFORMACION DEL CHOFER					
First Name / Nombre		Middle Initial / Inicial		Last Name / Apellido	
Date of Birth / Fecha de Nacimiento		License # / # de Licencia		Social Security Number / Número de Seguro Social	
Phone / Telefono		Email / Correo Electronico			
Company Name / Nombre de Compañía					
Company Address / Dirección de la Compañía				DOT # / Número de DOT	
City / Ciudad		State / Estado		Zip Code / Código Postal	
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

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.

DRUG & ALCOHOL CLEARINGHOUSE CONSENT FOR LIMITED QUERIES/AUTHORIZACION PARA INVESTIGACION 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 valida 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.

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 agency drug and alcohol testing rules during the past two years. / La Regulacion parte 40.25(j) requiere que compañías de transporte pregunten a los aplicantes si el o ella en algun momento resulto 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.

SUBSTANCE TESTING CONSENT AND VERIFICATION
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 resulto positivo(a) 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 segun la Regulación part 40 subparte O.

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.

Sign Here/Firmar	Date/Fecha:
Driver /Chofer	



Application Disclosure

Simplex Transportation Management Services, Inc. d/b/a Simplex Group ("Simplex") exclusively operates as a processing entity within the hiring procedures conducted for Simplex's clientele. As a processing entity, Simplex Group's responsibilities chiefly revolve around facilitating the essential steps and documentation mandated by regulatory bodies and our esteemed clients. It is important to note that Simplex Group does not function as the hiring entity or decision-maker in these processes. Consequently, Simplex Group lacks the authority to make hiring decisions on behalf of our clients.

Simplex Transportation Management Services, Inc., conocida como Simplex Group ("Simplex"), opera exclusivamente como una entidad de procesamiento dentro de los procedimientos de contratación llevados a cabo para sus clientes. Como entidad de procesamiento, las responsabilidades principales de Simplex Group giran en torno a facilitar los pasos esenciales y la documentación requerida por los organismos reguladores y nuestros estimados clientes. Es importante destacar que Simplex Group no funciona como la entidad empleadora o tomadora de decisiones en estos procesos. En consecuencia, Simplex carece de la autoridad para tomar decisiones de contratación en nombre de nuestros clientes.

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

F.002 V.05/24												COMMERCIAL DRIVER APPLICATION / 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 / INFORMACION DEL APLICANTE																																	
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								Date Available for Work / Día Disponible para Trabajar																									
Emergency Contact / Contacto de Emergencia												Phone / Teléfono																					
Previous Three Years Residency / Lugar de Residencia Últimos Tres Años																																	
		Street / Calle						City / Ciudad						State / Estado						Zip Code / Código Postal				Years? / Años?									
Current / Actual																																	
Mailing / Correo																																	
Previous / Anterior																																	
Previous / Anterior																																	
LICENSE INFORMATION- INFORMACION DE LICENCIA																																	
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						CDL Issue Date				Type-Class / Tipo-Clase						Endorsements / Endosos															
												A ☐		B ☐		C ☐		D ☐		E ☐		☐ H-Hazardous Materials		☐ N-Tanker		☐ P-Passenger Transport		☐ S-School Bus		☐ T-Double/Triples Trailer		☐ X-Tanker & Hazardous Materials	
Have you renewed your CDL previously/ Has renovado tu CDL anteriormente? Yes / Sí ☐ No ☐ If yes, please provide the Month & Year of your Original CDL Issue Date / si es así, por favor proporcione el Mes & el Año de emisión original de su CDL:																																	
Previously Held Licenses / Licencias Anteriores																																	
State / Estado		License # / # de Licencia						CDL Issue Date				Type-Class / Tipo-Clase						Endorsements / Endosos															
												A ☐		B ☐		C ☐		D ☐		E ☐		☐ H-Hazardous Materials		☐ N-Tanker		☐ P-Passenger Transport		☐ S-School Bus		☐ T-Double/Triples Trailer		☐ X-Tanker & Hazardous Materials	
												A ☐		B ☐		C ☐		D ☐		E ☐		☐ H-Hazardous Materials		☐ N-Tanker		☐ P-Passenger Transport		☐ S-School Bus		☐ T-Double/Triples Trailer		☐ X-Tanker & Hazardous Materials	
DRIVING EXPERIENCE/ EXPERIENCIA DE MANEJO																																	
Class of Equipment / Clase de Equipo (Select all that apply / Seleccione todos los que aplique)												From (Month/Year) / Desde (Mes/Año)						To (Month/Year) / Desde (Mes/Año)															
Tractor-Trailer / Camión-Trailer ☐																																	
Van ☐ Tank ☐ Flatbed ☐ Lowboy ☐ Reefer ☐ All ☐																																	
Straight Truck / Camión ☐																																	
Other / Otro ☐																																	
Last Three Years Accident Record / Accidentes en los Últimos Tres Años																																	
Check box if none / 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)																																	
Check box if none / Marque si no tuvo violaciones o suspensiones ☐																																	
Violation Date (Month/Year) / Fecha de la Multa (Mes/Año)				Type Violation / Tipo de 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 _____

EDUCATION / EDUCACION					
Provide education details up until your highest level of education below / Proporcione detalles sobre su educacion hasta el nivel educativo más alto.					
School / Escuela	Name & Location / Nombre y Lugar	Graduated / Graduado		Years Completed / Años completos	Details / Detalles
		Yes / Sí	No		
High School / Preparatoria		☐	☐		
College / Universidad		☐	☐		
Other / Otro		☐	☐		

TO BE READ AND SIGNED BY APPLICANT / PARA SER LEIDO Y FIRMADO POR EL APLICANTE

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 a hiring 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 contratación. 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 hiring, 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 in addendum A of this application 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 company 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 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 company 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 empresa 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 empresa 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 a la empresa como al estado debe ser por escrito.

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.

 Driver Signature / Firma del Chofer	Date / Fecha:
--	----------------------

**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)									
Company Name / Nombre de la Compañía				Are you still working here / Todavía trabajas aquí?			☐ Yes / Sí ☐ No		
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					
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									
Second (Most Recent) Employer / Segundo Empleador (Más Reciente)									
Company Name / Nombre de la Compañía									
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					
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									
Third (Most Recent) Employer / Tercer Empleador (Más Reciente)									
Company Name / Nombre de la Compañía									
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					
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									
Explain Any Gaps in Employment (Include Month, Year & Reason) / Explique Brechas en el Empleo (Incluya Mes, Año y Razón)									
From (Month/Year) / Desde (Mes/Año)		To (Month/Year) / Hasta (Mes/Año)		Gap Reason / Razón por la Brecha	☐ Unemployed/ Desempleado	☐ Attending School/ Asistiendo a la Escuela	☐ Living Out of Country/Viviendo fuera del país		
					☐ Transition/ Transición	☐ Other/ Otro	☐ Data Not Provided/Datos no Proporcionados		
From (Month/Year) / Desde (Mes/Año)		To (Month/Year) / Hasta (Mes/Año)		Gap Reason / Razón por la Brecha	☐ Unemployed/ Desempleado	☐ Attending School/ Asistiendo a la Escuela	☐ Living Out of Country/Viviendo fuera del país		
					☐ Transition/ Transición	☐ Other/ Otro	☐ Data Not Provided/Datos no Proporcionados		
From (Month/Year) / Desde (Mes/Año)		To (Month/Year) / Hasta (Mes/Año)		Gap Reason / Razón por la Brecha	☐ Unemployed/ Desempleado	☐ Attending School/ Asistiendo a la Escuela	☐ Living Out of Country/Viviendo fuera del país		
					☐ Transition/ Transición	☐ Other/ Otro	☐ Data Not Provided/Datos no Proporcionados		
From (Month/Year) / Desde (Mes/Año)		To (Month/Year) / Hasta (Mes/Año)		Gap Reason / Razón por la Brecha	☐ Unemployed/ Desempleado	☐ Attending School/ Asistiendo a la Escuela	☐ Living Out of Country/Viviendo fuera del país		
					☐ Transition/ Transición	☐ Other/ Otro	☐ Data Not Provided/Datos no Proporcionados		
From (Month/Year) / Desde (Mes/Año)		To (Month/Year) / Hasta (Mes/Año)		Gap Reason / Razón por la Brecha	☐ Unemployed/ Desempleado	☐ Attending School/ Asistiendo a la Escuela	☐ Living Out of Country/Viviendo fuera del país		
					☐ Transition/ Transición	☐ Other/ Otro	☐ Data Not Provided/Datos no Proporcionados		

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 / Firma		Date / Fecha:
Driver Signature / Firma del Chofer		

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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		
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

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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		
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

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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		
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

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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		
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

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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		
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

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.

 Driver Signature / Firma del Chofer	Date / Fecha:
---	---------------

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

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.

 Driver Signature / Firma del Chofer	Date / Fecha:
---	---------------

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

Previous Employer / Empleador Anterior				
Company Name / Nombre de la Compañía				
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	
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				

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.

 Driver Signature / Firma del Chofer	Date / Fecha:
---	---------------



DOT MANDATED PREVENTIVE MAINTENANCE PROGRAM FOR OWNER OPERATORS
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA DUEÑOS OPERADORES DEL DOT

I, the undersigned, understand that as an owner operator, or a driver operating under an owner operator, must comply with the preventive maintenance program mandated by the DOT and the motor carrier insurance company. / Yo, el que firma, entiendo que como dueño operador, o chofer operando para un dueño operador, que tengo que cumplir con el programa de mantenimiento preventivo requerido por el DOT o por la compañía aseguradora.

1. I understand that ongoing preventive maintenance on my power unit and trailer is required on a regular basis. This includes, but is not limited to, oil changes, lubrication, tire maintenance, brake services, filter changes, and other services. / Entiendo que se requiere un mantenimiento preventivo continuo a mi camión y remolque de manera regular. Esto incluye, entre otros, cambios de aceite, lubricación, mantenimiento de llantas, servicios de frenos, cambios de filtros y otros servicios.
2. I understand that once the service is completed, a copy of the service, as well as any material purchased for the service, must be provided to the motor carrier. / Entiendo que una vez que se completa el servicio, se debe proporcionar a la compañía una copia del servicio, así como cualquier material comprado para el servicio.
3. I am aware that violating the program could result in the motor carrier terminating my services. / Entiendo que no cumplir con el programa puede resultar en la terminación de mis servicios con la compañía.

Unit Information - Información de la unidad			
Tractor VIN / VIN del Camión			
Year - Año		Make - Marca	
Trailer VIN / VIN del Remolque			
Year - Año		Make - Marca	

Preventive maintenance recently completed. Select all that apply. / Mantenimiento preventivo completado recientemente. Seleccione todo lo que aplique.

Service Type / Tipo de Servicio	1 Month		3 Months		1 Year	
Oil Change-Lubrication / Cambio de aceite - engrase	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Change of any tires / Cambio de llantas	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Brakes Adjustment / Ajuste de frenos	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Brakes Change / Cambio de frenos	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Air filters / Filtros de aire	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Fuel filter / Filtro de combustible	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Electrical Components / Componentes eléctricos	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Transmission job / Trabaja en la transmisión	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Engine job / Trabajo al motor	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer
Other parts or components / Otras partes	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer	Tractor	Trailer

Driver's Name / Nombre del Chofer			
Company Name / Nombre de Compañía			
Signature / Firma		Date / Fecha	