

COMPANY NAME:

# Paquete del Empleado

## INSTRUCCIONES

### SOLICITANTES:

	<u>Página</u>
1. Solicitud de Empleo.....	1 – 3
2. Declaración y Acuerdo del Solicitante.....	4
3. Autorización de Averiguación de Antecedentes.....	5 – 8

### EMPLEADOS:

1. Perfil del Empleado / Emergencia / Beneficiarios.....	9
2. Formas W-4 y I-9.....	11 – 21
4. Autorización de Deposito Directo.....	22
5. Cobertura de Seguro del Vehículo.....	23
6. Normas Generales y Órdenes de Seguridad.....	24 – 29

### EMPLOYER:

1. Complete payroll information.....	10
2. Complete and sign Section 2 of I-9 Form.....	20

Por favor, tome su tiempo para revisar cada sección de este paquete en su totalidad. No firme a ningún documento a menos que entienda su contenido. Su Especialista en HR está disponible para revisar cada página en detalle con usted. Háganos saber cómo le podemos ayudar a completar el papeleo de nuevas contrataciones llamando al (559) 625-4800 y pidiendo su Especialista en Recursos Humanos.

NAME (LAST, FIRST):

SOCIAL SECURITY NUMBER:

## SOLICITUD DE EMPLEO

Se considerará a toda persona que solicite empleo para cualquier puesto, ignorando condiciones tales como raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, estado civil, condición de veterano, la existencia de una condición médica o de una discapacidad no relacionada al trabajo, o de cualquier otra condición amparada por la ley. Al completar esta solicitud de trabajo, usted procura incorporarse a un equipo de trabajadores profesionales, todos dedicados consistentemente a ofrecer un servicio sobresaliente a nuestros clientes y contribuir al éxito financiero de la Compañía, sus clientes, y sus empleados. Se ofrece a todas las personas el mismo acceso a programas, servicios y empleo. Los solicitantes que necesiten adaptación al proceso de solicitud y/o entrevista, deberán indicárselo a un representante de la administración de esta compañía

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Posición(es) que solicita: \_\_\_\_\_ Fecha de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Sobrenombre \_\_\_\_\_

Número(s) Telefónico(s) \_\_\_\_\_

### EXPERIENCIA LABORAL

Por favor, dé los nombres de sus empleos actuales y anteriores en orden cronológico, comenzando con el empleo actual o último. Por favor, explique todos los períodos, incluso el de servicio militar y cualquier otro período en que no tuvo empleo. Si trabajó por su propia cuenta, dé el nombre de la compañía y provea referencias comerciales. [Si hace falta, agregue una hoja.]

Nombre y dirección del empleador	Fechas de empleo		Supervisor y número telefónico	Título y responsabilidad del trabajo	Razón por que salió
	Desde	Hasta			
	Salario		¿Podemos contactarlos?		
	Comienzo	Final			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Fechas de empleo		Supervisor y número telefónico	Título y responsabilidad del trabajo	Razón por que salió
	Desde	Hasta			
		Salario		¿Podemos contactarlos?	
Comienzo		Final			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Fechas de empleo		Supervisor y número telefónico	Título y responsabilidad del trabajo	Razón por que salió
	Desde	Hasta			
		Salario		¿Podemos contactarlos?	
Comienzo		Final			
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¿Ha sido despedido de alguno de estos puestos?.....  Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Por favor explique detalladamente otras interrupciones entre medio de empleos: \_\_\_\_\_

Por favor, documente cualquier experiencia adicional, habilidades relacionadas al trabajo, idiomas que habla, o cualquier otra capacidad que usted crea que se deba considerar al evaluar su aptitud para el empleo.

### ESTUDIOS QUE CURSÓ

Por favor describa los estudios que cursó, en el recuadro que se encuentra a continuación.

Nombre de la Escuela	Años completados (Haga un círculo)	Diploma / Título (Sí o No)	Curso que estudió o Especialización	Describa Especialización, Experiencia, Capacidades Especiales y Actividades No Escolares
Secundaria/Preparatoria:	9 10 11 12			
Estudios Superiores/ Universidad:	1 2 3 4			
Graduado/Profesional:	1 2 3 4			
Escuela Técnica o Vocacional / Cursos por Correspondencia:				
Otro:				

### REFERENCIAS COMERCIALES/PROFESIONALES

Dé tres referencias profesionales que **no** sean familiares suyos.

Nombre y Título	Relación	Número Telefónico o Dirección electrónica

### REFERENCIAS DE COMPAÑEROS DE TRABAJO

Por favor, enumere tres personas con quienes usted haya trabajado y a quienes usted conozca bien; no incluya amigos personales o parientes.

Nombre	Ocupación	Relación (Ejemplo: Trabajamos juntos en la Compañía ABC por 3 años)	Años que se Conocen	Número Telefónico

## INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Alguna vez ha usado Ud. otro nombre? .....  Sí  No
2. ¿Hay alguna otra información relacionada a cambios de nombre, uso de nombre asumido, o sobrenombre, que se necesite para poder revisar su récord de trabajo o educación?.....  Sí  No  
Si la respuesta es sí a las preguntas anteriores, por favor explique: \_\_\_\_\_
3. ¿Trabajó Ud. para esta compañía antes?.....  Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor dé fechas y la posición que tuvo:\_\_\_\_\_
4. ¿Tiene usted amigos y/o parientes que trabajan para esta compañía?.....  Sí  No  
Si la respuesta es sí, por favor dé el nombre la relación: \_\_\_\_\_
5. ¿En qué fecha estaría usted disponible para trabajar? \_\_\_\_\_
6. Días/Horas que usted tiene disponibles para trabajar: \_\_\_\_\_
7. ¿Está usted disponible para trabajar?  Tiempo completo  Medio tiempo  Cambio de horario  Temporal
8. ¿Salario mínimo que desea?.....Por Hora \$\_\_\_\_\_ Por Mes \$\_\_\_\_\_
9. ¿Si se lo emplea, tiene medio de transporte en buen funcionamiento para ir al trabajo y regresar?...  Sí  No
10. ¿Puede viajar si el puesto así lo requiere? .....  Sí  No
11. ¿Puede mudarse a otro lugar si el puesto lo exige? .....  Sí  No
12. ¿Tiene usted más de 18 años de edad?.....  Sí  No  
Nota: Si tiene menos de 18 años de edad, antes de que se lo contrate se debe verificar que usted tiene edad mínima legal.
13. ¿Si se lo emplea, puede usted presentar prueba de ciudadanía americana o de derecho legal para trabajar en este país?.....  Sí  No
14. ¿Usted puede cumplir con sus funciones laborales esenciales del trabajo que está solicitando, con o sin arreglos especiales?.....  Sí  No  
Nota: Nos acatamos a la ADA y tenemos en cuenta arreglos razonables que pudieran hacer falta cuando, ciertos candidatos/empleados que reúnan los requisitos para dichos arreglos, los necesiten a fin de poder cumplir ciertas funciones esenciales de su labor.
15. ¿Alguna vez usted se declaró culpable o “no me opongo”, o se lo condenó de un delito menor o un delito mayor?.....  Sí  No

**NOTA: Solicitantes que trabajaran en San Francisco no deben completar la pregunta 15 hasta recibir dirección del empleador.**

Si la respuesta es sí, por favor dé la(s) fecha(s) y detalles:

\_\_\_\_\_

Nota: Responder que “Sí” a las preguntas 15 no significa que se lo excluirá automáticamente de ser contratado. Hay ciertos factores que se tomarán en cuenta, tales como la edad y el momento del delito, la gravedad y el carácter del delito, y la rehabilitación. Al contestar estas preguntas, no incluya infracciones leves de tránsito, condenas cuyo expediente haya sido lacrado o borrado, condenas que hayan quedado sin efecto por orden judicial, recomendaciones y participación en programas de tratamiento en libertad, ya sean previos o posteriores al juicio, y delitos menores relacionados a delitos por marihuana.

*Esta solicitud de empleo seguirá vigente por un plazo que no excederá los 45 días. Todo solicitante que desee ser considerado para empleo una vez excedido dicho plazo, deberá averiguar si se están aceptando solicitudes de empleo en ese momento.*

## DECLARACIÓN Y ACUERDO DEL SOLICITANTE

Por favor, lea y ponga sus iniciales en cada párrafo que se encuentra a continuación. Si usted no entiende algo, puede preguntar.

\_\_\_\_ Por este medio autorizo a la Compañía a que investigue mis referencias completamente, mis antecedentes laborales, estudios, y otros asuntos relacionados a mi aptitud para el empleo y, más aun, autorizo a mis empleadores anteriores y a las personas a quienes puse como referencia de recomendación, a que revelen a la Compañía toda carta, informe, y otros datos relacionados a mis antecedentes laborales, sin que se me dé previa notificación de dicha revelación. Además, por la presente eximo a la Compañía, a mis empleadores anteriores, y a toda otra persona, sociedades y asociaciones, de todo reclamo, demanda, o responsabilidad civil que surja de, o que se relacione de cualquier modo con, dicha investigación o revelación.

\_\_\_\_ En caso de que se me dé empleo en la Compañía, entiendo que estoy obligado a obedecer todas las reglas y regulaciones de la Compañía. Entiendo que la Compañía se reserva el derecho a exigir que yo me someta a una prueba para detectar la presencia de drogas o alcohol en mi sistema, con anterioridad al comienzo del empleo y en cualquier momento durante mi empleo en la Compañía, hasta donde la ley lo permitiere. Yo me someto voluntariamente a este examen de drogas/alcohol y entiendo que la presencia de drogas no autorizadas o alcohol, me descalificará de consideración para empleo con esta Compañía o terminación de empleo.

\_\_\_\_ Entiendo que cualquier oferta de empleo puede estar sujeta a pasar un examen físico. Doy mi consentimiento a la Compañía de revelar los resultados de cualquier examen físico y exámenes relacionados. Entiendo que si me niego a firmar el consentimiento de tomar cualquiera de los exámenes mencionados arriba, mi solicitud de empleo puede ser negada o mi empleo puede ser terminado. Entiendo que pertenecer a un sindicato puede ser una condición para que se me contrate. Si lo es, se me informará antes o después de ser empleado y se completará una solicitud de sindicato.

\_\_\_\_ Entiendo que se me puede exigir tomar otras pruebas, tales como pruebas de personalidad y de honestidad, antes de y durante mi empleo. Entiendo que si me rehúso a firmar este consentimiento o a tomar las pruebas anteriormente mencionadas, mi solicitud de empleo podrá ser rechazada o se podrá terminar mi empleo.

\_\_\_\_ En caso de empleo, yo entiendo que la norma de la Compañía es "A Voluntad" y que ni yo ni la Compañía estamos comprometidos a continuar la relación de empleo por un plazo específico. También entiendo que yo o la Compañía podemos terminar la relación en cualquier momento, con o sin causa y con o sin aviso. Yo estoy de acuerdo de que esta norma "A-Voluntad" no se puede enmendar, modificar, ni puede ser alterada en ninguna manera por declaraciones orales ni en ninguna otra manera, pero sólo puede ser alterada por una enmienda escrita firmada por el Presidente de esta Compañía.

\_\_\_\_ Entiendo que la seguridad de los empleados es extremadamente importante para la Compañía. Entiendo que la Compañía insiste en proporcionar un ambiente de trabajo seguro para los empleados y toma la responsabilidad de proporcionar condiciones de trabajo seguras y saludables, el conocimiento de la seguridad y la dirección competente del trabajo muy seriamente. Entiendo que cada empleado tiene la responsabilidad de evitar accidentes y heridas observando todos los procedimientos y directrices de seguridad y siguiendo las direcciones de su supervisor del sitio de trabajo. Entiendo que debo de estar de acuerdo con las regulaciones federales, estatales, y locales relacionadas con la seguridad del trabajo y la salud. También reconozco que un programa efectivo de seguridad se extiende más allá de horas de trabajo normales. Nosotros lo alentamos a promover la seguridad dentro de sus familias y de las actividades de trabajo. Todos los empleados cumplirán con las prácticas de seguridad mientras realizan tareas en sitios de trabajo del empleador o del cliente. Se me puede entregar, a pedido mío, una copia del Programa de Prevención de Heridas y Enfermedades.

\_\_\_\_ Entiendo que cualquier oferta de empleo queda sujeta a que yo esté de acuerdo con, y a firmar el, Acuerdo de Arbitraje de la Compañía (si es aplicable), una copia de la cual se le proporcionará el paquete Manual del Empleado

\_\_\_\_ Certifico que no he ocultado nada que, en caso de ser revelado, afectaría negativamente esta solicitud de empleo y que las respuestas contestadas en ésta son verdaderas y completas a mi mejor saber y entender.

\_\_\_\_ Certifico que yo, el/la solicitante abajo firmante, he completado esta solicitud personalmente. En caso de empleo, yo entiendo que cualquier información falsa o engañosa que se hubiera prestado en mi solicitud para la(s) entrevista(s), puede tener como resultado la terminación de empleo.

\_\_\_\_ Entiendo que si se me elige para ser contratado, deberé ofrecer pruebas satisfactorias de mi identidad y autoridad legal para trabajar en los Estados Unidos, y que las leyes federales de inmigración me exigen que complete un Formulario I-9 (I-9 Form) a tales efectos.

\_\_\_\_ Entiendo que es responsabilidad mía de verificar que las deducciones de impuestos de nómina estatal y federal quitaron de mis cheques de nómina empareja la información que proporcioné en mi completa Formularia W-4 (W-4 form)

\_\_\_\_ Entiendo que si algún término, disposición, o parte de este Acuerdo se declara nulo o sin fuerza legal, será quitado y el resto de este Acuerdo seguirá teniendo fuerza legal.

**Mi firma abajo confirma que yo he leído, entiendo, y concuerdo a ser legalmente obligada a todas las condiciones mencionadas anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE AVERIGUACIÓN DE ANTECEDENTES

Cuando se hace una averiguación de antecedentes, las agencias de orden público y otras entidades exigen, por ley, la siguiente información. Dicha información es confidencial y no se usará con ningún otro fin.

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Otros nombres que Ud. haya usado: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Permiso de manejar #: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\*: (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

*\*En los últimos 7 años. \*\*Esta información será usada para investigar los antecedentes únicamente y no se utilizara como criterio para la contratación.*

Direcciones anteriores	Ciudad	Estado	Código	Municipalidad	Desde/ Hasta

**Solicitante/Empleado: Por favor, revise la sección que aparece a continuación, y firme y ponga la fecha donde se indique en la página siguiente .**

### ANTECEDENTES RESPECTO A LA DIVULGACION DE INVESTIGACION

La Compañía podrá obtener información acerca de usted de una agencia de información con fines de empleo. Por lo tanto, puede ser objeto de un "informe del consumidor" y / o un "informe de investigación del consumidor" que puede incluir información acerca de su carácter, reputación general, características personales, y / o modo de vida, y que puede incluir entrevistas personales con fuentes, como sus vecinos, amigos o asociados. Estos informes podrán contener información relativa a su historial de crédito, historia criminal, la seguridad social de verificación, registros de vehículos de motor ("registros de conducción"), la verificación de su historial de empleo o educación, u otros controles de antecedentes. Usted tiene el derecho, previa solicitud por escrito, dentro de un plazo razonable a partir de la recepción de esta notificación, para solicitar la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor. Tenga en cuenta que la naturaleza y el alcance de la forma más común de informe del consumidor de investigación obtenidos con respecto a los solicitantes de empleo es una investigación en su educación y / o historial de empleo llevadas a cabo por Pre-Employ.com, Inc., Departamento de Cumplimiento, PO Recuadro 491570, Redding, California 96049-1570, o por fax al (888) 999-3839, u otra organización externa. El alcance de este aviso y autorización es que todo lo abarca, sin embargo, lo que permite la Compañía a fin de obtener de cualquier organización fuera de todo tipo de informes del consumidor y de investigación ya los informes del consumidor y en todo el curso de su empleo en la medida permitida por la ley. Como resultado, usted debe considerar cuidadosamente si ha de ejercer su derecho a solicitar la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor.

### ACUSE DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN

Acuso recibo de la divulgación y la investigación de antecedentes RESPECTO A UN RESUMEN DE SUS DERECHOS EN EL MARCO DEL Fair Credit Reporting Act y certifico que he leído y entendido estos dos documentos. Por la presente autorizo la obtención de "Consumer Reports" y / o "informes de investigación de consumo" por la Compañía en cualquier momento después de la recepción de esta autorización y en todo mi trabajo, si procede. Con este fin, Por la presente autorizo, sin reservas, a cualquier agencia del orden público, administrador, agencia estatal o federal, institución, escuela o universidad (pública o privada), oficina de servicios de información, empleador o compañía de seguros para proporcionar toda la información de antecedentes Pre-pedido por Pre-Employ.com, Inc., Departamento de Cumplimiento, PO Recuadro 491570, Redding, California 96049-1570, o por fax al (888) 999-3839, otra organización externa que actúa en nombre de la Compañía y / o la Compañía en sí. Estoy de acuerdo en que un facsímil ("fax"), electrónica o copia fotográfica de esta Autorización será tan válida como la original.

**California Solamente:** Al firmar abajo, usted también acusará recibo de la AVISO CON RESPECTO A LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES DE CALIFORNIA EN VIRTUD DE LA LEY. Por favor, marque "X" aquí \_\_\_ si desea recibir una copia de un informe de investigación de consumo o el crédito al consumo en el informe sin costo alguno si uno se obtiene por la Compañía cuando usted tiene derecho a recibir una copia en virtud de la ley de California.

**\*\*\*REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE VERIFICACIÓN DE CRÉDITO:** Si usted es un solicitante de California o empleado, de acuerdo con el Artículo 1024.5 del Código de Trabajo de California, la Compañía le informa que obtendrá un informe de crédito acerca de usted de Pre-Employ.com, Inc., Departamento (Ministerio) de Conformidad, P.O. Box 491570, Redding, California 96049-1570, (800) 300-1821, si usted está buscando trabajar en una de las posiciones siguientes: una posición directiva; una posición en el Departamento de Justicia; un jurado oficial de paz o de otro oficial de la ley; una posición para la cual se requiere que la información contenida en el informe según la ley sea revelada u obtenida; una posición que implica el acceso regular a la información personal especificada con cualquier objetivo además de la solicitud rutinaria; y tratando de aplicaciones de tarjetas de crédito en un establecimiento ventas, como información bancaria o de tarjeta de crédito, número de seguridad social, o fecha de nacimiento; una posición en la cual usted es, o sería, un signatario llamado en la cuenta bancaria o de tarjeta de crédito del empleador; autorizado a transferir dinero de parte del empleador; o autorizado a hacer contratos financieros de parte del empleador; una posición que implica el acceso a la información confidencial o de propiedad; una posición que implica el acceso regular a \$10,000 o más de dinero en efectivo. Si usted no solicita y no es empleado actualmente en una de las posiciones listadas anteriormente, la Compañía no obtendrá su informe de crédito al consumo.

**(Por favor continúe a la página siguiente.)**

**Los Solicitantes de Minnesota y Oklahoma sólo:** Por favor, marque "X" aquí \_\_\_\_ si desea recibir una copia de un informe de investigación de consumo si uno se obtiene por la Compañía.

**Los Solicitantes o Empleados de Nueva York sólo:** Al firmar abajo, usted también reconoce el recibo del Artículo 23-A de la ley de la corrección de Nueva York. [www.labor.state.ny.us/agencyinfo/PDFs/CorrectionLaw%20Article%2023-A%20 4 .pdf](http://www.labor.state.ny.us/agencyinfo/PDFs/CorrectionLaw%20Article%2023-A%204.pdf).

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**This section is to be completed by management**

Company Name: \_\_\_\_\_

Position Applied For: \_\_\_\_\_

Will driving be required?  Yes  No

Will cash be handled?  Yes  No

**Please select item(s) requested:**

Standard Background Check (Includes SSN, County Criminal and Federal Criminal Search)

Additional Reports Requested: [  ] Civil Search [  ] Credit [  ] Education [  ] Licenses and Credentials [  ] References

(Please call your HR Specialist to coordinate any additional reports.)

Authorized Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## RESUMEN DE LOS DERECHOS SEGÚN LA LEY EQUITATIVA DE INFORMES DE CRÉDITO

La Ley equitativa de informes de crédito, o *Federal Fair Credit Reporting Act* (FCRA) promueve precisión, equidad, y privacidad en la información que se encuentra en los archivos de las agencias generadoras de informes sobre el consumidor. Hay muchos tipos de agencias generadoras de informes sobre el consumidor, incluyendo agencias de crédito y agencias de especialidades (tales como aquellas que venden información sobre antecedentes de emisión de cheques, historias médicas, e informes sobre historia de alquileres o rentas). A continuación hay un resumen de sus derechos principales según FCRA. **Para más informes, incluyendo mayor información sobre derechos adicionales, diríjase a [www.consumerfinance.gov/learnmore](http://www.consumerfinance.gov/learnmore) or write to: Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, D.C. 20006**

- **Le deben decir a usted si la información que hay en su archivo o expediente se ha usado en contra suya.** Todo aquél que use su informe de crédito o algún otro tipo de informe sobre el consumidor, con el fin de rechazar su solicitud de crédito, aseguranza, o empleo, o para tomar alguna otra acción adversa a usted, debe hacérselo saber, y debe darle el nombre, dirección, y teléfono de la agencia que suministró dicha información.
  - **Usted tiene el derecho a saber qué hay en su expediente.** Usted puede solicitar y obtener toda la información que hay sobre usted en los archivos de una agencia generadora de informes sobre el consumidor (la "revelación de su expediente"). A usted se le exigirá que presente la debida identificación, lo que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, esta información se dará a conocer sin costo alguno. Usted tiene derecho a que esta entrega de información sea gratuita si es que:
    - alguien ha tomado una acción adversa en contra suya debido a la información que hay en su informe de crédito;
    - usted es víctima de robo de identidad e interpone una alerta de estafa en su expediente;
    - en su expediente hay datos inexactos, como consecuencia de estafa;
    - usted está recibiendo asistencia pública;
    - usted está desempleado pero espera solicitar empleo dentro de los próximos 60 días.
- Además, para septiembre de 2005, todos los consumidores tendrán derecho a que se les provea con un informe gratuito cada 12 meses, a pedido de cada una de las agencias nacionales de crédito y de las agencias nacionales de informes especiales del consumidor. Para mayor información, diríjase a [www.consumerfinance.gov/learnmore](http://www.consumerfinance.gov/learnmore).
- **Usted tiene derecho a preguntar cuál es su puntaje o calificación de crédito.** El puntaje o calificación de crédito es un resumen numérico que clasifica su crédito, basado en la información proveniente de las agencias de crédito. Usted puede solicitar una calificación de crédito a las agencias de información sobre el consumidor que elaboran las calificaciones o distribuyen las calificaciones que se usan en préstamos de bienes raíces residenciales, pero deberá pagar para conseguirla. En algunas transacciones hipotecarias, usted recibirá información gratuita de la calificación de crédito del prestamista hipotecario.
  - **Usted tiene derecho a disputar información que esté incompleta o sea incorrecta.** Si usted descubre información en su expediente que esté incompleta o sea incorrecta y lo comunica a la agencia de información del consumidor, la agencia debe investigarla a menos que su disputa sea superficial. Diríjase a [www.consumerfinance.gov/learnmore](http://www.consumerfinance.gov/learnmore) para buscar la explicación sobre la forma de proceder ante una disputa.
  - **Las agencias generadoras de información sobre el consumidor deben corregir o borrar toda información que sea incorrecta, incompleta, o que no se pueda verificar.** Toda información incorrecta, incompleta, o que no se pueda verificar debe ser retirada o corregida, por lo general dentro de los 30 días. No obstante, las agencias generadoras de informes sobre el consumidor pueden continuar ofreciendo información que han verificado es acertada.
  - **Las agencias de información sobre el consumidor no pueden dar información negativa que haya caducado.** En la mayoría de los casos, una agencia de información sobre el consumidor no puede dar informes negativos que tengan más de siete años, o de quiebras que tengan más de 10 años.
  - **El acceso a su expediente tiene límites.** Una agencia de información sobre el consumidor puede dar información acerca de usted solamente a personas que tengan una necesidad válida: por lo general, para considerar una solicitud a un acreedor, asegurador, empleador, a un arrendador, u otro negocio. La FCRA especifica quiénes son los que tienen una necesidad válida de tener dicho acceso.
  - **Usted debe dar su consentimiento para que se den informes a los empleadores.** Una agencia de información sobre el consumidor no puede dar información acerca de usted a su empleador, o a un posible empleador, sin un consentimiento por escrito hecho por usted al empleador. En la industria del transporte en camiones, por lo general no se exige un consentimiento por escrito. Para obtener más información, diríjase a [www.consumerfinance.gov/learnmore](http://www.consumerfinance.gov/learnmore).
  - **Usted puede limitar las ofertas de crédito y aseguranza "preseleccionadas" que recibe y que se basan en la información que hay en su informe de crédito.** Las ofertas "preseleccionadas" de crédito y aseguranza que no fueron solicitadas, deben incluir un número de teléfono de llamadas de larga distancia gratuitas al que usted pueda llamar, si es que usted desea que quiten su nombre y dirección de las listas en las que estas ofertas se basan. Usted puede pedir que lo saquen llamando a las agencias de crédito nacionales, al 1-888-567-8688.
  - **Usted puede demandar a los infractores por daños y perjuicios.** Si una agencia de información sobre el consumidor o, en algunos casos, un usuario de los informes sobre el consumidor, o una persona que dé información a una agencia de información sobre el consumidor, infringe la FCRA, usted tendría la posibilidad de presentar una demanda en un juzgado estatal o Federal.
  - **Las víctimas de robo de identidad y el personal militar en actividad tienen derechos adicionales.** Para más información, diríjase a [www.consumerfinance.gov/learnmore](http://www.consumerfinance.gov/learnmore).
  - **Los Estados pueden exigir que se cumpla la FCRA, y muchos Estados tienen sus propias leyes que rigen la información del consumidor.** En algunos casos, podría ser que usted tenga aun más derechos según a la ley estatal. Para más información, póngase en comunicación con su agencia local de amparo al consumidor o con el Fiscal General de su Estado. Las siguientes son las instituciones Federales que velan por la vigencia de sus derechos:

TIPO DE EMPRESA:	POR FAVOR, COMUNÍQUESE CON:
Agencias de información sobre el consumidor, acreedores y otros que no se detallan más abajo	Federal Trade Commission: Consumer Response Center – FCRA Washington, DC 20580 1-877-382-4357
Bancos nacionales, sucursales o agencias federales de bancos extranjeros (la palabra "National" o las iniciales "N.A." aparecen en, o después del nombre del banco)	Office of the Comptroller of the Currency Compliance Management, Mail Stop 6-6 Washington, DC 20219 800-613-6743
Bancos asociados con el sistema de reservas federales o <i>Federal Reserve System</i> (excepto bancos nacionales, y sucursales o agencias federales de bancos extranjeros)	Federal Reserve Board Division of Consumer & Community Affairs Washington, DC 20551 202-452-3693
Asociaciones de ahorro y bancos de ahorro constituidos federalmente (la palabra "Federal" o las iniciales "F.S.B." aparecen en el nombre de una institución federal)	Office of Thrift Supervision Consumer Complaints Washington, DC 20552 800-842-6929
Cooperativas Federales de crédito (las palabras "Federal Credit Union" aparecen en el nombre de la institución)	National Credit Union Administration 1775 Duke Street Alexandria, VA 22314 703-519-4600
Bancos constituidos por el Estado que no sean miembros del sistema Federal de reservas	Federal Deposit Insurance Corporation, Consumer Resource Center 2345 Grand Avenue, Suite 100 Kansas City, Missouri 64108-2638 1-877-275-3342
Transportes corrientes aéreos, terrestres, o ferroviarios regidos por la ex Civil Aeronautics Board o la Interstate Commerce Commission	Department of Transportation, Office of Financial Management Washington, DC 20590 202-366-1306
Actividades sujetas a la Packers and Stockyards Act, 1921	Department of Agriculture Office of Deputy Administrator- GIPSA Washington, DC 20250 202-720-7051



## AVISO SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES CONFORME A LA LEY DE CALIFORNIA

La Compañía tiene intención de obtener información acerca de usted de una agencia de informes de investigación del consumidor y/o una agencia de reportes de crédito al consumo con fines de empleo. Así, usted puede esperar a ser el sujeto de "informes de investigación del consumidor" y "reportes de crédito al consumo" obtenidos con fines de empleo. Tales informes pueden incluir información acerca de su carácter, reputación general, características personales y modo de vida. Con respecto a cualquier informe de investigación del consumidor de una agencia de informes de investigación del consumidor ('IRCA'), la Compañía puede investigar la información contenida en su solicitud de empleo y otra información previa sobre usted, incluyendo pero no limitado a la obtención de un informe de registro criminal, verificación de referencias, historia de trabajo, su número de seguridad social, sus logros educativos, licenciatura, y certificaciones, su registro de conducción y otra información acerca de usted, y entrevistar a personas que tengan conocimientos sobre usted. Los resultados de este informe pueden ser utilizados como un factor en las decisiones de empleo. La fuente de cualquier informe de investigación del consumidor (según la definición del término bajo la ley de California) será Pre-Employ.com, Inc., P.O. Box 491570, Redding, California 96049-1570, y (800) 300-1821. La fuente de cualquier informe de crédito será Pre-Employ.com, Inc., P.O. Box 491570, Redding, California 96049-1570, o (800) 300-1821.

La Compañía concuerda en proporcionarle una copia de un informe de investigación del consumidor cuando se ven obligados a hacerlo bajo la ley de California.

Bajo *el Código Civil de California sección 1786.22*, usted tiene el derecho a saber de un ICRA lo que está en el archivo del ICRA sobre usted con la identificación adecuada, como sigue:

- En persona, por inspección visual de su archivo durante el horario laboral normal y con aviso razonable. También puede solicitar una copia de la información en persona. El ICRA no puede cobrar más que los gastos actuales de reprografía para proporcionarle una copia de su archivo.
- Un resumen de toda la información contenida en el archivo del ICRA sobre usted que se requiere ser proporcionado por *el Código Civil de California sección 1786.10* le será proporcionado a usted vía el teléfono, si usted ha hecho una solicitud por escrito, con identificación apropiada, para la divulgación de teléfono, y el costo de la llamada, si alguno, porque la llamada telefónica es de prepago o cargada directamente a usted.
- Al solicitar por escrito que se enviará una copia a un destinatario especificado por correo certificado. El ICRA, por cumplir con solicitudes de correo certificado, no será responsable por divulgaciones a terceros causados por el mal manejo de correo después que tales envíos salen del ICRA.

"Identificación apropiada" incluye los documentos tales como una licencia de conducir válido, número de cuenta del seguro social, tarjeta de identificación militar, y tarjetas de crédito. Sólo si no puede identificarse con esa información El ICRA podrá requerir información adicional sobre su empleo y antecedentes personales o familiares con el fin de verificar su identidad. El ICRA proporcionará personal capacitado para explicar cualquier información proporcionada para usted y le proporcionará por escrito cualquier información codificada contenida en archivos que se mantienen sobre usted. Esta explicación escrita se proporcionará cada vez cuando se proporciona un archivo para inspección visual.

Puede ser acompañado por una otra persona de su elección, que debe proporcionar identificación razonable, Un ICRA puede requerir que usted presente una declaración escrita que da permiso al ICRA para discutir su archivo en la presencia de tal persona.

## PERFIL DEL EMPLEADO

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	No. Seguro Social
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección (Correo)	Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico (Casa)	Número Telefónico (Celular)	Fecha de Nacimiento	
Dirección electrónica	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		

## EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado      Código Postal
Número Telefónico #1	Número Telefónico #2	Relación

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

(Tome nota, por favor: Es opcional completar esta designación. Se podrá retirar la autorización o cambiar el designatario en cualquier momento por medio de una nota a la Compañía sobre dicho cambio).

En caso de que yo muera, Yo, \_\_\_\_\_, por este medio designo esta persona para que reciba todo cheque salarial que se me deba:

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Relación
Nombre	Firma	Fecha	

**(This section to be completed by employer)**

Employer: \_\_\_\_\_

Employee: \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT INFORMATION**

EMPLOYEE DATA	EMPLOYMENT INFORMATION		
Start Date: _____ Position Title: _____ WC Code: _____ Job functions: _____ _____	<input type="checkbox"/> Full-time  <input type="checkbox"/> Part-time  <input type="checkbox"/> Temporary/ Seasonal	<input type="checkbox"/> New Hire  <input type="checkbox"/> Rehire  <input type="checkbox"/> Converting Existing Employee	<input type="checkbox"/> Hourly  <input type="checkbox"/> Salary (Exempt)*  <input type="checkbox"/> Salary (Non-Exempt)  <input type="checkbox"/> Commission* [ ] Outside Sales [ ] Inside Sales
Rate of Pay:  <input type="checkbox"/> Annually \$ _____  <input type="checkbox"/> Hourly \$ _____  <input type="checkbox"/> Other \$ _____	<input type="checkbox"/> Supervisor  <input type="checkbox"/> Non-supervisor  (Needed for training purposes)	<input type="checkbox"/> According to Company Handbook, OR  <input type="checkbox"/> Accrue Vacation: _____ per pay period  <input type="checkbox"/> Accrue Sick Time: _____ per pay period  <input type="checkbox"/> Accrue PTO: _____ per pay period  <input type="checkbox"/> Not eligible	
<p><b>*Note:</b> <i>The worksite employer is responsible for properly designating employees as exempt or non-exempt.</i></p> <p><i>The worksite employer is also responsible for ensuring that the employee is trained on the IIPP, Code of Safe Practices and specific workplace safety guidelines, as well as issuing all Personal Protective Equipment, as needed.</i></p>			
Employee Handbook:  <input type="checkbox"/> I have given the employee the current version of the Employee Handbook and have reviewed the handbook with the employee.  <input type="checkbox"/> I have given the employee the current version of the Employee Handbook and instructed the employee to schedule a handbook review with our HR Specialist.  <input type="checkbox"/> Other:			
<b>Submitted by (name):</b>  _____		<b>Signature and Date:</b>  _____	

# Formulario W-4(SP) (2014)

**Propósito.** Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

**Exención de la retención.** Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2014 vence el 17 de febrero de 2015. Vea la Pub. 505, en inglés.

**Nota:** Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si sus ingresos exceden de \$1,000 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, interés y dividendos).

**Excepciones.** Un empleado podría reclamar una exención de la retención aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado tiene 65 o más años de edad, está ciego o reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos. Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

**Instrucciones básicas.** Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

**Cabeza de familia.** Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Pub. 501, en inglés.

**Créditos tributarios.** Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Pub. 505, para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

**Ingresos que no provienen de salarios.** Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como interés o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES,

en inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

**Dos asalariados o múltiples empleos.** Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Vea la Pub. 505.

**Extranjero no residente.** Si es extranjero no residente, vea *Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Aviso 1392, Instrucciones para el Formulario W-4 suplemental para extranjeros no residentes), en inglés, antes de llenar este formulario.

**Revise su retención.** Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Pub. 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2014. Vea la Pub. 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

**Acontecimientos futuros.** Toda información sobre desarrollos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario haya sido publicado) será anunciada en [www.irs.gov/w4](http://www.irs.gov/w4).

## Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

<b>A</b>	Anote "1" para <b>usted mismo</b> si nadie más lo puede reclamar como dependiente . . . . .	<b>A</b> _____
<b>B</b>	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es soltero y tiene sólo un empleo; o</li> <li>• Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o</li> <li>• Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos.</li> </ul>	<b>B</b> _____
<b>C</b>	Anote "1" para su <b>cónyuge</b> . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	<b>C</b> _____
<b>D</b>	Anote el número de <b>dependientes</b> (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	<b>D</b> _____
<b>E</b>	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como <b>cabeza de familia</b> (vea las condiciones bajo <b>Cabeza de familia</b> , anteriormente)	<b>E</b> _____
<b>F</b>	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en <b>gastos de cuidado de hijos o dependientes</b> por los cuales piensa reclamar un crédito . . . . .	<b>F</b> _____
	(Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Pub. 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para detalles).	
<b>G</b>	<b>Crédito tributario por hijos</b> (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si sus ingresos totales serán menos de \$65,000 (\$95,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces <b>menos</b> "1" si tiene tres a seis hijos que reúnen los requisitos o <b>menos</b> "2" si tiene siete o más hijos que reúnen los requisitos.</li> <li>• Si sus ingresos totales serán entre \$65,000 y \$84,000 (\$95,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos . . . . .</li> </ul>	<b>G</b> _____
<b>H</b>	Sume las líneas <b>A a G</b> , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos) . . . . .	<b>H</b> _____
	Para que sea lo más exacto posible, <b>complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si piensa <b>detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos</b> y desea reducir su impuesto retenido, vea la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes</b>, en la página 2.</li> <li>• Si es <b>soltero y tiene más de un empleo</b> o es <b>casado y usted y su cónyuge trabajan</b> y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la <b>Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos</b> en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.</li> <li>• Si <b>ninguna</b> de las condiciones anteriores le corresponde, <b>deténgase aquí</b> y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H.</li> </ul>	

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

Formulario <b>W-4(SP)</b> Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074  <h1 style="font-size: 2em;">2014</h1>
<b>1</b> Su primer nombre e inicial del segundo . . . . .		<b>2</b> Su número de Seguro Social . . . . .
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) . . . . .		<b>3</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero <b>Nota:</b> Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) . . . . .		<b>4</b> Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>
<b>5</b> Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2) . . . . .		<b>5</b> _____
<b>6</b> Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago . . . . .		<b>6</b> \$ _____
<b>7</b> Reclamo exención de la retención para 2014 y certifico que cumpla con <b>ambas</b> condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El año pasado tuve derecho a un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque <b>no</b> tuve obligación tributaria alguna y</li> <li>• Este año tengo previsto un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto <b>no</b> tener una obligación tributaria.</li> </ul> Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí . . . . . ►		
<b>7</b> _____		
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
<b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►		
<b>Fecha</b> ►		
<b>8</b> Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		<b>9</b> Código de oficina (opcional)
		<b>10</b> Número de identificación patronal (EIN)

### Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

**Nota:** Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2014. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% (7.5% si usted o su cónyuge nacieron antes del 2 de enero de 1950) de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2014, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$305,050 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$279,650 si es cabeza de familia; \$254,200 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$152,525 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Pub. 505, para detalles . . . . . **1** \$ \_\_\_\_\_
- 2 Anote:  $\left\{ \begin{array}{l} \$12,400 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,100 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,200 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$  . . . . . **2** \$ \_\_\_\_\_
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" . . . . . **3** \$ \_\_\_\_\_
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2014 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Pub. 505) . . . . . **4** \$ \_\_\_\_\_
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2014 Form W-4 worksheet* (Hoja de Trabajo del Formulario W-4 de 2014 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Pub. 505, en inglés) . . . . . **5** \$ \_\_\_\_\_
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2014 (por ejemplo, dividendos o interés) . . . . . **6** \$ \_\_\_\_\_
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" . . . . . **7** \$ \_\_\_\_\_
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$3,950 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción . . . . . **8** \_\_\_\_\_
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 . . . . . **9** \_\_\_\_\_
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) . . . . . **10** \_\_\_\_\_

### Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea **Dos asalariados o múltiples empleos**, en la página 1).

**Nota:** Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) . . . . . **1** \_\_\_\_\_
  - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" . . . . . **2** \_\_\_\_\_
  - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo . . . . . **3** \_\_\_\_\_
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9 a continuación para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo . . . . . **4** \_\_\_\_\_
  - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo . . . . . **5** \_\_\_\_\_
  - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 . . . . . **6** \_\_\_\_\_
  - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí . . . . . **7** \$ \_\_\_\_\_
  - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener . . . . . **8** \$ \_\_\_\_\_
  - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2014. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2014. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago . . . . . **9** \$ \_\_\_\_\_

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÍNIMO</b> es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÍNIMO</b> es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÁXIMO</b> es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÁXIMO</b> es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$6,000	0	\$0 - \$6,000	0	\$0 - \$74,000	\$590	\$0 - \$37,000	\$590
6,001 - 13,000	1	6,001 - 16,000	1	74,001 - 130,000	990	37,001 - 80,000	990
13,001 - 24,000	2	16,001 - 25,000	2	130,001 - 200,000	1,110	80,001 - 175,000	1,110
24,001 - 26,000	3	25,001 - 34,000	3	200,001 - 355,000	1,300	175,001 - 385,000	1,300
26,001 - 33,000	4	34,001 - 43,000	4	355,001 - 400,000	1,380	385,001 y más	1,560
33,001 - 43,000	5	43,001 - 70,000	5	400,001 y más	1,560		
43,001 - 49,000	6	70,001 - 85,000	6				
49,001 - 60,000	7	85,001 - 110,000	7				
60,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 100,000	10	140,000 y más	10				
100,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.**  
 Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes de los Impuestos Internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuestos federales sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. Solemos compartir esta información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (territorios) estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para que la incluya en el *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las

agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.  
 Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones deberán ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.  
 El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.  
 Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.



# Instructions for Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS  
Form I-9  
OMB No. 1615-0047  
Expires 03/31/2016

**Read all instructions carefully before completing this form.**

**Anti-Discrimination Notice.** It is illegal to discriminate against any work-authorized individual in hiring, discharge, recruitment or referral for a fee, or in the employment eligibility verification (Form I-9 and E-Verify) process based on that individual's citizenship status, immigration status or national origin. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination. For more information, call the Office of Special Counsel for Immigration-Related Unfair Employment Practices (OSC) at 1-800-255-7688 (employees), 1-800-255-8155 (employers), or 1-800-237-2515 (TDD), or visit [www.justice.gov/crt/about/osc](http://www.justice.gov/crt/about/osc).

## What Is the Purpose of This Form?

Employers must complete Form I-9 to document verification of the identity and employment authorization of each new employee (both citizen and noncitizen) hired after November 6, 1986, to work in the United States. In the Commonwealth of the Northern Mariana Islands (CNMI), employers must complete Form I-9 to document verification of the identity and employment authorization of each new employee (both citizen and noncitizen) hired after November 27, 2011. Employers should have used Form I-9 CNMI between November 28, 2009 and November 27, 2011.

## General Instructions

Employers are responsible for completing and retaining Form I-9. For the purpose of completing this form, the term "employer" means all employers, including those recruiters and referrers for a fee who are agricultural associations, agricultural employers, or farm labor contractors.

Form I-9 is made up of three sections. Employers may be fined if the form is not complete. Employers are responsible for retaining completed forms. Do not mail completed forms to U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) or Immigration and Customs Enforcement (ICE).

## Section 1. Employee Information and Attestation

Newly hired employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 **no later than the first day of employment**. Section 1 should never be completed before the employee has accepted a job offer.

Provide the following information to complete Section 1:

**Name:** Provide your full legal last name, first name, and middle initial. Your last name is your family name or surname. If you have two last names or a hyphenated last name, include both names in the last name field. Your first name is your given name. Your middle initial is the first letter of your second given name, or the first letter of your middle name, if any.

**Other names used:** Provide all other names used, if any (including maiden name). If you have had no other legal names, write "N/A."

**Address:** Provide the address where you currently live, including Street Number and Name, Apartment Number (if applicable), City, State, and Zip Code. Do not provide a post office box address (P.O. Box). Only border commuters from Canada or Mexico may use an international address in this field.

**Date of Birth:** Provide your date of birth in the mm/dd/yyyy format. For example, January 23, 1950, should be written as 01/23/1950.

**U.S. Social Security Number:** Provide your 9-digit Social Security number. Providing your Social Security number is voluntary. However, if your employer participates in E-Verify, you must provide your Social Security number.

**E-mail Address and Telephone Number (Optional):** You may provide your e-mail address and telephone number. Department of Homeland Security (DHS) may contact you if DHS learns of a potential mismatch between the information provided and the information in DHS or Social Security Administration (SSA) records. You may write "N/A" if you choose not to provide this information.

---

All employees must attest in Section 1, under penalty of perjury, to their citizenship or immigration status by checking one of the following four boxes provided on the form:

**1. A citizen of the United States**

**2. A noncitizen national of the United States:** Noncitizen nationals of the United States are persons born in American Samoa, certain former citizens of the former Trust Territory of the Pacific Islands, and certain children of noncitizen nationals born abroad.

**3. A lawful permanent resident:** A lawful permanent resident is any person who is not a U.S. citizen and who resides in the United States under legally recognized and lawfully recorded permanent residence as an immigrant. The term "lawful permanent resident" includes conditional residents. If you check this box, write either your Alien Registration Number (A-Number) or USCIS Number in the field next to your selection. At this time, the USCIS Number is the same as the A-Number without the "A" prefix.

**4. An alien authorized to work:** If you are not a citizen or national of the United States or a lawful permanent resident, but are authorized to work in the United States, check this box.

If you check this box:

a. Record the date that your employment authorization expires, if any. Aliens whose employment authorization does not expire, such as refugees, asylees, and certain citizens of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, or Palau, may write "N/A" on this line.

b. Next, enter your Alien Registration Number (A-Number)/USCIS Number. At this time, the USCIS Number is the same as your A-Number without the "A" prefix. If you have not received an A-Number/USCIS Number, record your Admission Number. You can find your Admission Number on Form I-94, "Arrival-Departure Record," or as directed by USCIS or U.S. Customs and Border Protection (CBP).

(1) If you obtained your admission number from CBP in connection with your arrival in the United States, then also record information about the foreign passport you used to enter the United States (number and country of issuance).

(2) If you obtained your admission number from USCIS *within the United States*, or you entered the United States without a foreign passport, you must write "N/A" in the Foreign Passport Number and Country of Issuance fields.

Sign your name in the "Signature of Employee" block and record the date you completed and signed Section 1. By signing and dating this form, you attest that the citizenship or immigration status you selected is correct and that you are aware that you may be imprisoned and/or fined for making false statements or using false documentation when completing this form. To fully complete this form, you must present to your employer documentation that establishes your identity and employment authorization. Choose which documents to present from the Lists of Acceptable Documents, found on the last page of this form. You must present this documentation no later than the third day after beginning employment, although you may present the required documentation before this date.

**Preparer and/or Translator Certification**

The Preparer and/or Translator Certification must be completed if the employee requires assistance to complete Section 1 (e.g., the employee needs the instructions or responses translated, someone other than the employee fills out the information blocks, or someone with disabilities needs additional assistance). The employee must still sign Section 1.

**Minors and Certain Employees with Disabilities (Special Placement)**

Parents or legal guardians assisting minors (individuals under 18) and certain employees with disabilities should review the guidelines in the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)* on [www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central) before completing Section 1. These individuals have special procedures for establishing identity if they cannot present an identity document for Form I-9. The special procedures include (1) the parent or legal guardian filling out Section 1 and writing "minor under age 18" or "special placement," whichever applies, in the employee signature block; and (2) the employer writing "minor under age 18" or "special placement" under List B in Section 2.

---

---

## Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

Before completing Section 2, employers must ensure that Section 1 is completed properly and on time. Employers may not ask an individual to complete Section 1 before he or she has accepted a job offer.

Employers or their authorized representative must complete Section 2 by examining evidence of identity and employment authorization within 3 business days of the employee's first day of employment. For example, if an employee begins employment on Monday, the employer must complete Section 2 by Thursday of that week. However, if an employer hires an individual for less than 3 business days, Section 2 must be completed no later than the first day of employment. An employer may complete Form I-9 before the first day of employment if the employer has offered the individual a job and the individual has accepted.

Employers cannot specify which document(s) employees may present from the Lists of Acceptable Documents, found on the last page of Form I-9, to establish identity and employment authorization. Employees must present one selection from List A **OR** a combination of one selection from List B and one selection from List C. List A contains documents that show both identity and employment authorization. Some List A documents are combination documents. The employee must present combination documents together to be considered a List A document. For example, a foreign passport and a Form I-94 containing an endorsement of the alien's nonimmigrant status must be presented together to be considered a List A document. List B contains documents that show identity only, and List C contains documents that show employment authorization only. If an employee presents a List A document, he or she should **not** present a List B and List C document, and vice versa. If an employer participates in E-Verify, the List B document must include a photograph.

In the field below the Section 2 introduction, employers must enter the last name, first name and middle initial, if any, that the employee entered in Section 1. This will help to identify the pages of the form should they get separated.

Employers or their authorized representative must:

1. Physically examine each original document the employee presents to determine if it reasonably appears to be genuine and to relate to the person presenting it. The person who examines the documents must be the same person who signs Section 2. The examiner of the documents and the employee must both be physically present during the examination of the employee's documents.
2. Record the document title shown on the Lists of Acceptable Documents, issuing authority, document number and expiration date (if any) from the original document(s) the employee presents. You may write "N/A" in any unused fields.

If the employee is a student or exchange visitor who presented a foreign passport with a Form I-94, the employer should also enter in Section 2:

- a. The student's Form I-20 or DS-2019 number (Student and Exchange Visitor Information System-SEVIS Number); **and** the program end date from Form I-20 or DS-2019.
3. Under Certification, enter the employee's first day of employment. Temporary staffing agencies may enter the first day the employee was placed in a job pool. Recruiters and recruiters for a fee do not enter the employee's first day of employment.
4. Provide the name and title of the person completing Section 2 in the Signature of Employer or Authorized Representative field.
5. Sign and date the attestation on the date Section 2 is completed.
6. Record the employer's business name and address.
7. Return the employee's documentation.

Employers may, but are not required to, photocopy the document(s) presented. If photocopies are made, they should be made for **ALL** new hires or reverifications. Photocopies must be retained and presented with Form I-9 in case of an inspection by DHS or other federal government agency. Employers must always complete Section 2 even if they photocopy an employee's document(s). Making photocopies of an employee's document(s) cannot take the place of completing Form I-9. Employers are still responsible for completing and retaining Form I-9.



---

## Unexpired Documents

Generally, only unexpired, original documentation is acceptable. The only exception is that an employee may present a certified copy of a birth certificate. Additionally, in some instances, a document that appears to be expired may be acceptable if the expiration date shown on the face of the document has been extended, such as for individuals with temporary protected status. Refer to the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)* or I-9 Central ([www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central)) for examples.

## Receipts

If an employee is unable to present a required document (or documents), the employee can present an acceptable receipt in lieu of a document from the Lists of Acceptable Documents on the last page of this form. Receipts showing that a person has applied for an initial grant of employment authorization, or for renewal of employment authorization, are not acceptable. Employers cannot accept receipts if employment will last less than 3 days. Receipts are acceptable when completing Form I-9 for a new hire or when reverification is required.

Employees must present receipts within 3 business days of their first day of employment, or in the case of reverification, by the date that reverification is required, and must present valid replacement documents within the time frames described below.

There are three types of acceptable receipts:

1. A receipt showing that the employee has applied to replace a document that was lost, stolen or damaged. The employee must present the actual document within 90 days from the date of hire.
2. The arrival portion of Form I-94/I-94A with a temporary I-551 stamp and a photograph of the individual. The employee must present the actual Permanent Resident Card (Form I-551) by the expiration date of the temporary I-551 stamp, or, if there is no expiration date, within 1 year from the date of issue.
3. The departure portion of Form I-94/I-94A with a refugee admission stamp. The employee must present an unexpired Employment Authorization Document (Form I-766) or a combination of a List B document and an unrestricted Social Security card within 90 days.

When the employee provides an acceptable receipt, the employer should:

1. Record the document title in Section 2 under the sections titled List A, List B, or List C, as applicable.
2. Write the word "receipt" and its document number in the "Document Number" field. Record the last day that the receipt is valid in the "Expiration Date" field.

By the end of the receipt validity period, the employer should:

1. Cross out the word "receipt" and any accompanying document number and expiration date.
2. Record the number and other required document information from the actual document presented.
3. Initial and date the change.

See the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)* at [www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central) for more information on receipts.

## Section 3. Reverification and Rehires

Employers or their authorized representatives should complete Section 3 when reverifying that an employee is authorized to work. When rehiring an employee within 3 years of the date Form I-9 was originally completed, employers have the option to complete a new Form I-9 or complete Section 3. When completing Section 3 in either a reverification or rehire situation, if the employee's name has changed, record the name change in Block A.

For employees who provide an employment authorization expiration date in Section 1, employers must reverify employment authorization on or before the date provided.

---

Some employees may write "N/A" in the space provided for the expiration date in Section 1 if they are aliens whose employment authorization does not expire (e.g., asylees, refugees, certain citizens of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, or Palau). Reverification does not apply for such employees unless they chose to present evidence of employment authorization in Section 2 that contains an expiration date and requires reverification, such as Form I-766, Employment Authorization Document.

Reverification applies if evidence of employment authorization (List A or List C document) presented in Section 2 expires. However, employers should not reverify:

1. U.S. citizens and noncitizen nationals; or
2. Lawful permanent residents who presented a Permanent Resident Card (Form I-551) for Section 2.

Reverification does not apply to List B documents.

If both Section 1 and Section 2 indicate expiration dates triggering the reverification requirement, the employer should reverify by the earlier date.

For reverification, an employee must present unexpired documentation from either List A or List C showing he or she is still authorized to work. Employers CANNOT require the employee to present a particular document from List A or List C. The employee may choose which document to present.

To complete Section 3, employers should follow these instructions:

1. Complete Block A if an employee's name has changed at the time you complete Section 3.
2. Complete Block B with the date of rehire if you rehire an employee within 3 years of the date this form was originally completed, and the employee is still authorized to be employed on the same basis as previously indicated on this form. Also complete the "Signature of Employer or Authorized Representative" block.
3. Complete Block C if:
  - a. The employment authorization or employment authorization document of a current employee is about to expire and requires reverification; or
  - b. You rehire an employee within 3 years of the date this form was originally completed and his or her employment authorization or employment authorization document has expired. (Complete Block B for this employee as well.)

To complete Block C:

- a. Examine either a List A or List C document the employee presents that shows that the employee is currently authorized to work in the United States; and
  - b. Record the document title, document number, and expiration date (if any).
4. After completing block A, B or C, complete the "Signature of Employer or Authorized Representative" block, including the date.

For reverification purposes, employers may either complete Section 3 of a new Form I-9 or Section 3 of the previously completed Form I-9. Any new pages of Form I-9 completed during reverification must be attached to the employee's original Form I-9. If you choose to complete Section 3 of a new Form I-9, you may attach just the page containing Section 3, with the employee's name entered at the top of the page, to the employee's original Form I-9. If there is a more current version of Form I-9 at the time of reverification, you must complete Section 3 of that version of the form.

### **What Is the Filing Fee?**

There is no fee for completing Form I-9. This form is not filed with USCIS or any government agency. Form I-9 must be retained by the employer and made available for inspection by U.S. Government officials as specified in the "**USCIS Privacy Act Statement**" below.

### **USCIS Forms and Information**

For more detailed information about completing Form I-9, employers and employees should refer to the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)*.

---

You can also obtain information about Form I-9 from the USCIS Web site at [www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central), by e-mailing USCIS at [I-9Central@dhs.gov](mailto:I-9Central@dhs.gov), or by calling 1-888-464-4218. For TDD (hearing impaired), call 1-877-875-6028.

To obtain USCIS forms or the *Handbook for Employers*, you can download them from the USCIS Web site at [www.uscis.gov/forms](http://www.uscis.gov/forms). You may order USCIS forms by calling our toll-free number at 1-800-870-3676. You may also obtain forms and information by contacting the USCIS National Customer Service Center at 1-800-375-5283. For TDD (hearing impaired), call 1-800-767-1833.

Information about E-Verify, a free and voluntary program that allows participating employers to electronically verify the employment eligibility of their newly hired employees, can be obtained from the USCIS Web site at [www.dhs.gov/E-Verify](http://www.dhs.gov/E-Verify), by e-mailing USCIS at [E-Verify@dhs.gov](mailto:E-Verify@dhs.gov) or by calling 1-888-464-4218. For TDD (hearing impaired), call 1-877-875-6028.

Employees with questions about Form I-9 and/or E-Verify can reach the USCIS employee hotline by calling 1-888-897-7781. For TDD (hearing impaired), call 1-877-875-6028.

### Photocopying and Retaining Form I-9

A blank Form I-9 may be reproduced, provided all sides are copied. The instructions and Lists of Acceptable Documents must be available to all employees completing this form. Employers must retain each employee's completed Form I-9 for as long as the individual works for the employer. Employers are required to retain the pages of the form on which the employee and employer enter data. If copies of documentation presented by the employee are made, those copies must also be kept with the form. Once the individual's employment ends, the employer must retain this form for either 3 years after the date of hire or 1 year after the date employment ended, whichever is later.

Form I-9 may be signed and retained electronically, in compliance with Department of Homeland Security regulations at 8 CFR 274a.2.

### USCIS Privacy Act Statement

**AUTHORITIES:** The authority for collecting this information is the Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a).

**PURPOSE:** This information is collected by employers to comply with the requirements of the Immigration Reform and Control Act of 1986. This law requires that employers verify the identity and employment authorization of individuals they hire for employment to preclude the unlawful hiring, or recruiting or referring for a fee, of aliens who are not authorized to work in the United States.

**DISCLOSURE:** Submission of the information required in this form is voluntary. However, failure of the employer to ensure proper completion of this form for each employee may result in the imposition of civil or criminal penalties. In addition, employing individuals knowing that they are unauthorized to work in the United States may subject the employer to civil and/or criminal penalties.

**ROUTINE USES:** This information will be used by employers as a record of their basis for determining eligibility of an employee to work in the United States. The employer will keep this form and make it available for inspection by authorized officials of the Department of Homeland Security, Department of Labor, and Office of Special Counsel for Immigration-Related Unfair Employment Practices.

### Paperwork Reduction Act

An agency may not conduct or sponsor an information collection and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The public reporting burden for this collection of information is estimated at 35 minutes per response, including the time for reviewing instructions and completing and retaining the form. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Citizenship and Immigration Services, Regulatory Coordination Division, Office of Policy and Strategy, 20 Massachusetts Avenue NW, Washington, DC 20529-2140; OMB No. 1615-0047. **Do not mail your completed Form I-9 to this address.**



# Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS  
Form I-9  
OMB No. 1615-0047  
Expires 03/31/2016

▶ **START HERE.** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

**Section 1. Employee Information and Attestation** (Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.)

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Names Used (if any)		
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town		State	Zip Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		E-mail Address			Telephone Number	

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following):

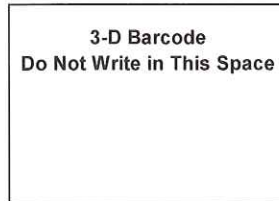
- A citizen of the United States
- A noncitizen national of the United States (See instructions)
- A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): \_\_\_\_\_
- An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_. Some aliens may write "N/A" in this field. (See instructions)

For aliens authorized to work, provide your Alien Registration Number/USCIS Number **OR** Form I-94 Admission Number:

1. Alien Registration Number/USCIS Number: \_\_\_\_\_

**OR**

2. Form I-94 Admission Number: \_\_\_\_\_



If you obtained your admission number from CBP in connection with your arrival in the United States, include the following:

Foreign Passport Number: \_\_\_\_\_

Country of Issuance: \_\_\_\_\_

Some aliens may write "N/A" on the Foreign Passport Number and Country of Issuance fields. (See instructions)

Signature of Employee:	Date (mm/dd/yyyy):
------------------------	--------------------

**Preparer and/or Translator Certification** (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator:		Date (mm/dd/yyyy):		
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		
Address (Street Number and Name)		City or Town	State	Zip Code



Employer Completes Next Page



**Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification**

*(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR examine a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents" on the next page of this form. For each document you review, record the following information: document title, issuing authority, document number, and expiration date, if any.)*

Employee Last Name, First Name and Middle Initial from Section 1:

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title:		Document Title:		Document Title:
Issuing Authority:		Issuing Authority:		Issuing Authority:
Document Number:		Document Number:		Document Number:
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
Document Title:		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>3-D Barcode</b> Do Not Write in This Space</p> </div>		
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				
Document Title:				
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				

**Certification**

I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ (See instructions for exemptions.)

Signature of Employer or Authorized Representative		Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	Zip Code

**Section 3. Reverification and Rehires** (To be completed and signed by employer or authorized representative.)

A. New Name (if applicable) Last Name (Family Name) First Name (Given Name) Middle Initial	B. Date of Rehire (if applicable) (mm/dd/yyyy):
--	---

C. If employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document from List A or List C the employee presented that establishes current employment authorization in the space provided below.

Document Title:	Document Number:	Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
-----------------	------------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative:	Date (mm/dd/yyyy):	Print Name of Employer or Authorized Representative:
---	--------------------	--

**LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS**  
**All documents must be UNEXPIRED**

Employees may present one selection from List A  
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		3. School ID card with a photograph		3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350)
4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		4. Voter's registration card		4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal
5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form.		5. U.S. Military card or draft record		5. Native American tribal document
		6. Military dependent's ID card		6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card		7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
		8. Native American tribal document		8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority		
		<b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b>		
		10. School record or report card		
		11. Clinic, doctor, or hospital record		
		12. Day-care or nursery school record		
6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI				

Illustrations of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to Section 2 of the instructions, titled "Employer or Authorized Representative Review and Verification," for more information about acceptable receipts.

## AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Apellido

Primer Nombre

No. Seguro Social

Institución financiera	Número ABA	Estado	Tipo de Cuenta	Cantidad o %	Número de Cuenta
			[ ] Corriente [ ] De ahorros		
			[ ] Corriente [ ] De ahorros		
			[ ] Corriente [ ] De ahorros		
			[ ] Corriente [ ] De ahorros		

**Por favor, marque solo una:**

<input type="checkbox"/> Depósito Directo Nuevo o Adicional:	<input type="checkbox"/> Revocar el Depósito Directo
<input type="checkbox"/> Cambio de Banco o Número de Cuenta de un Depósito Directo Actual	Número de Cuenta a Reemplazar:
<input type="checkbox"/> Cambio del Monto de un Depósito Directo Actual	El Monto era: El Monto se cambia a:
<input type="checkbox"/> Otro Cambio (por favor, explique):	

**He adjuntado un cheque anulado que lleva mi nombre (cuentas corrientes) o un talonario de depósitos (cuentas de ahorro) por cada cuenta que se especifica. (Este pedido no se procesará sin la documentación que debe acompañarla).**

Por la presente autorizo a la Compañía a hacer depósitos directos en la(s) cuenta(s) bancaria(s) anteriormente indicada(s) de todo el salario o sueldo que me corresponda, menos toda deducción obligatoria o autorizada, de acuerdo al porcentaje especificado. (Si se indican dos cuentas, los depósitos se deben hacer en porcentajes totales de pago que lleguen al 100%).

La Compañía depositará en mi(s) cuenta(s) la cantidad de mi cheque de pago, el día de pago de sueldos/salarios. La Compañía me entregará un talonario de cheques el día de pago, en el que se detallan mis deducciones y pago. Entiendo que el depósito directo está sujeto a que se reciban las horas de trabajo a tiempo, cada período salarial, y a que se reciban a tiempo los fondos salariales del cliente al que estoy designado. Los depósitos por lo general están disponibles en la mañana del día de pago, no obstante cada banco registra los fondos a las cuentas en distintos momentos del día, y la Compañía no tiene ningún control sobre el regimen de registros de mi banco.

Además, por la presente le otorgo a la Compañía el derecho a corregir dichas transferencias electrónicas mencionadas que sean el resultado erróneo de un sobre pago, debitando entonces mi cuenta hasta el total del sobre pago.

Autorizo a mi institución financiera a aceptar que se hagan depósitos directos en mi cuenta cuando éstos se reciban, y sin que se me notifique de ello. Es responsabilidad mía verificar los depósitos cada día de pagos antes de escribir cheques sobre estos fondos. Entiendo que la Compañía no es responsable por errores cometidos por el banco o por recargos bancarios. Los servicios bancarios se ofrecen de acuerdo a los límites y restricciones de la Asociación Automatizada del Clearing House (Banco de Compensación).

Esta autorización seguirá vigente hasta que la Compañía haya recibido autorización mía por escrito de que se interrumpa o cambie. Entiendo que si mi cuenta se ha cerrado, mi institución financiera no puede recibir depósitos de parte mía. Si esto ocurre, mi empleador no podrá procesar más depósitos directos sin una autorización adicional mía.

*La cancelación de su acuerdo para depósito directo debe ser hecha por escrito, utilizando el Acuerdo de Autorización para Depósito Directo. Las peticiones de cancelación deben ser hechas antes del procesamiento de la nómina.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

**Por favor, prevea un período de 2-4 semanas para que comiencen sus depósitos directos.**

**Por favor, verifique en su banco para asegurarse de que el primer depósito directo se procesó correctamente.**

## COBERTURA DE SEGURO AUTOMOVILÍSTICO

Como es contra la ley manejar un vehículo motorizado sin siquiera un seguro de cobertura de vehículo y un permiso válido de manejo; la Compañía podría potencialmente experimentar un gran problema en el evento de un accidente automovilístico. Debido a la posibilidad de que podría haber un gran problema, y la mala publicidad, nuestro proveedor de aseguranza nos ha indicado que seamos cautos a todos los empleados sobre estos temas.

A fin de asegurarnos de que todos nuestros empleados están asegurados en caso de accidente automovilístico, usted debe estar cubierto con el seguro automovilístico Estatal mínimo (seguro contra terceros) en los vehículos que se usarán para fines empresariales de la Compañía. Un negocio de la compañía puede incluir llamadas de clientes, asistencia a eventos patrocinados por negocios de la Compañía, etc.

Ningún empleado tiene autorización para manejar ningún vehículo de la Compañía sin la cobertura apropiada para lo que el Estado exige seguro automovilístico y un permiso de manejo válido.

Por favor, presente una copia corriente de su permiso de manejo, al igual que una copia de prueba de aseguranza del vehículo.

Si tiene alguna pregunta relacionada con esta correspondencia, siéntase libre de comunicarse con el Departamento de recursos humanos.

### RECONOCIMIENTO

Entiendo que es mi responsabilidad de notificar inmediatamente a la Compañía de cualquier cambio a mi validez de la cobertura o el permiso de manejo.

Yo he presentado copia de mi permiso válido de manejo.

No. de permiso: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Yo he presentado copia de prueba de cobertura de aseguranza de vehículo.

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_



## LAS NORMAS GENERALES DE LA COMPAÑÍA

Somos un empleador con igualdad en las oportunidades laborales y hacemos decisiones de empleo a base del mérito, calificaciones y su capacidad. La Compañía es cometida a proporcionar un ambiente del trabajo libre de acoso ilegal. Nuestra póliza de No-Acosamiento prohíbe el acoso por y el acoso de los empleados, supervisores, clientes, contratistas independientes, vendedores o proveedores. La norma de la compañía prohíbe la discriminación ilegal basada en la raza, el color, el credo, el sexo, la religión, el estado marital, la edad, el origen o la ascendencia nacional, la incapacidad física o mental, la condición médica, la orientación sexual, vestirse transexualmente, estatus de ciudadanía, el embarazo, estatus de veterano, o en cualquier otra consideración ilícita hecha por leyes federales, estatales o locales. Nuestra póliza también prohíbe represalias a la basa de una queja de acoso o discriminación ilegal o por participar en una investigación sobre tal queja. Las quejas de discriminación o acoso pueden ser hechas utilizando el procedimiento detallado en el Manual del Empleado. Una copia de la póliza de Oportunidad Igual de Empleo y de No-Acosamiento está en el Manual del Empleado o se puede obtener pidiéndole a su supervisor del sitio de trabajo.

## REGLAS DE PRÁCTICA Y ORIENTACIÓN SOBRE SEGURIDAD

Es norma de esta Compañía hacer todo lo posible por proteger a nuestros empleados de accidentes, heridas, y enfermedades laborales mientras están en el trabajo. La seguridad del sitio del trabajo es un esfuerzo cooperativo que requiere el conocimiento constante de prácticas de seguridad de cada empleado. Por lo tanto, además de las prácticas específicas de seguridad en las obras y las pólizas, se deben seguir las siguientes órdenes de seguridad.

### GENERAL

1. No comenzar a trabajar hasta que hayan recibido una capacitación en el plan del Empleado de Sitio de Trabajo sobre la Prevención de la Herida y la Enfermedad; hayan recibido toda la capacitación de seguridad necesario relacionada a cualquier peligro a que pueda ser expuesto en el sitio de trabajo; y se han emitido los equipos de protección personal (PPE).
2. Comuníquese con su supervisor u otro gerente inmediatamente si se requiere empezar a trabajar antes de recibir la capacitación adecuada y los equipos de protección personal, o si usted se siente que el sitio de trabajo no es seguro.
3. Informe sobre todo accidente y condición peligrosa a su supervisor **inmediatamente**. Esto incluye muebles rotos, vidrio roto, o equipos o maquinarias defectuosas. Bajo ninguna circunstancia, menos un emergencia, deberán dejar un empleado su turno, sin informar una herida en el trabajo.
4. Si usted **no sabe** hacer un trabajo de manera segura, **pregúntele** a su supervisor antes de comenzar a hacerlo.
5. Obedezca todas las reglas de la compañía, las regulaciones gubernamentales, los letreros, marcas e instrucciones difundidos. Familiarícese, particularmente, con esas órdenes y normas que tienen que ver específicamente con su trabajo. **Si no sabe ... ¡pregunte!**
6. Cualquier persona que este bajo la influencia (intoxicado) del licor o drogas no será permitidas en el trabajo mientras esté en esa condición.
7. Si usted sospecha que otro empleado está drogado o alcoholizado, por favor, déjeselo saber a su supervisor inmediatamente.
8. A nadie se le permitirá o se le requerirá trabajar mientras su habilidad o sentidos estén dañados por fatiga, enfermedad, o por otras causas que innecesariamente lo exponga a usted o a otros a un accidente laboral. Si es dañado(a) o sospecha que otro empleado(a) se vea dañado(a), por favor repórtelo inmediatamente al supervisor de su sitio de trabajar.
9. No participe en payasadas, forcejeos u otras actividades peligrosas.
10. Los extinguidores de incendios son funcionales y están en acceso libre. Si usted nota que los extinguidores de incendios no son funcionales o no están en acceso libre, por favor repórtelo inmediatamente al supervisor de su sitio de trabajo. servirán y habrá acceso libre a los mismos.
11. No procure operar maquinaria ni equipo sin la capacitación, la certificación y el permiso especial apropiado.
12. Si usted esta envuelto en cualquier accidente que tiene como resultado la herida o daño personal o daño a la propiedad, por pequeño que fuere, deberá ser reportado **INMEDIATAMENTE!**
13. No-cumplimiento con estas y otras reglas de seguridad o pólizas son motivo para una acción de disciplina, hasta y incluyendo terminación de empleo.

## **OFICINISTA**

14. Si el equipo de oficina no está funcionando apropiadamente, apáguelo y reporte el fallo a su supervisor.
15. Sobrecargas, cables gastados y equipo defectuoso deben ser reportados a su supervisor del sitio inmediatamente para ser reparadas.
16. No se pare en las sillas, mesas o escritorios por ningún motivo. Las sillas de oficina y muebles son únicamente para su uso de intención.
17. **No intente** mover ningún equipo de la oficina. Pida a su supervisor que organice a los asignados para moverlos. Si se requiere cargar material impreso, el peso debe ser limitado a 25 libras.
18. Cuando cargue material impreso o cualquier otro material de oficina, los materiales deben ser cargados de manera que mantenga una visión clara de la dirección a donde va caminando.
19. Siempre use las técnicas apropiadas para levantar. Nunca levante ni empuje un objeto que está demasiado pesado, pida ayuda. Mantenga la carga cerca de su cuerpo, doble las rodillas y mantenga la espalda derecha.
20. Mantenga los cajones de los escritorios, gabinetes de archivos y puertas en posición cerrada cuando **no** los esté usando para **impedir golpearse o lastimarse**.
21. Cuando use maquinas duplicadas, copiadoras, cortadoras de papel, use las maquinas de la manera correcta para **prevenir lesiones**.
22. Cuando suba o baje escaleras, use las barandillas para darse soporte y balance. Sea particularmente cuidadosa cuando use zapatillas. Camine. **No corra** en pasillos, cuartos, escalones o lugares donde pueda causar un tropiezo riesgoso. Abra las puertas lentamente, usando la manija o placa para empujar. No use escaleras que no estén bien iluminadas.
23. Las áreas de trabajo se mantendrán en una manera limpia y ordenada. La basura y otra materia de desecho deberán ser tiradas en los contenedores apropiados para basural desecho. Las herramientas, equipo, materias o los escombros no se dejarán en senderos, escaleras o aterrizajes donde podría crear un peligroso tropiezo.
24. Busque condiciones o situaciones que son probables de causar caídas tales como objetos o líquidos en el piso o escalones.
25. Si se le requiere entrar en el área de producción, sea constantemente alerta(a) para maquinas o equipos en movimiento. Este seguro de saber cuando y donde debe usar equipo personal apropiados para protección (ropa, zapatos, sombreros duros y protección de ojos). Si hay algunas preguntas de equipos apropiados, investigue con su supervisor del área.

## **INDUSTRIAL**

26. Las áreas de trabajo se mantendrán en una manera limpia y ordenada. La basura y otros desechos se deberán tirar en los contenedores apropiados para basural desecho. Cualquier clavo de producción deben ser doblados. No se deben dejar herramientas, equipos, materiales, o escombros en pasillos, escalones o lugares donde pueden causar un peligroso tropiezo.
27. La ropa y el calzado adecuados se llevarán siempre. El equipo protector, personal y apropiado (guantes, protectores respiratorios y para los ojos) serán utilizado donde se necesiten. Si tiene alguna pregunta acerca del equipo protector apropiado, vea a su supervisor.
28. Siempre use las técnicas apropiadas para levantar. Nunca levante ni empuje un objeto que está demasiado pesado, obtenga ayuda. Mantenga la carga cerca de su cuerpo, doble las rodillas y mantenga su espalda derecha.
29. Empleados deben ser alertados de que todos los guardias y equipos de protección estén en el lugar apropiado, y ajustados y deben reportar diferencias inmediatamente a su supervisor o capataz. Empleados no van a usar equipos no cautelosos y apropiados.
30. Los cables eléctricos se mantendrán en buena condición. Mantenga el espacio suficiente alrededor del equipo eléctrico para permitir la operación y mantenimiento seguro. Reporte alambres y cables expuestos que están deshilachados para que se puedan reemplazar inmediatamente.
31. Todas las herramientas de mano y eléctricas y toda maquinaria que haya sido entregada por su supervisor a usted, tendrán que ser mantenidas en condiciones seguras.

32. No use las herramientas manuales defectuosas o gastadas.
33. No opere ningún equipo que, en su opinión, no esté en condiciones segura. Notifique a su supervisor para instrucciones. ¡Si la condición insegura no se arregla, deberá ser reportado **INMEDIATAMENTE!**
34. Las escaleras se deben extender tres pies encima del aterrizaje para proporcionar un espacio cuando desmote. Las escaleras de tijera deben tener los seguros cerrados cuando se utilice. Las escaleras defectuosas se deben tirar o deben ser reparadas.
35. Los zapatos con suelas delgadas o desgastadas no se deberán usar. Zapatos con aberturas al frente no se permitirán.

### **Presencia de Drogas Ilegales o Alcohol**

*La presencia de drogas ilegales o alcohol en su sistema mientras usted esté en el trabajo está prohibida. Si al venir usted al trabajo hay drogas o alcohol en su sistema, quedará sujeto a medidas disciplinarias que pueden llegar a, e incluir el despido.*

### **La Norma Disciplinaria**

*El incumplimiento con estos o cualquier otra orden de seguridad o la norma serán motivo de acción disciplinaria, hasta e inclusive la terminación.*

**Company Copy****LAS NORMAS DE LA COMPAÑÍA**

Ahora he completado una revisión de las Normas Generales de la Compañía. Al firmar al pie reconozco que:

- Entiendo las Pólizas Generales de la Compañía
- Entiendo la póliza de Oportunidad Igual de Empleo y la política de No-Acosamiento, y que la Compañía prohíbe discriminación y acoso ilegal basado en cualquier clase o categoría de personas protegidas por regulaciones federales, estatales o locales.
- Entiendo que cualquier empleado que cree que el/ella ha sido sometido a acoso ilegal o discriminación por un compañero de trabajo, supervisor o vendedor/cliente, debería inmediatamente informarle del incidente a su supervisor inmediato o un miembro de la gerencia.
- Entiendo que la Compañía prohíbe represalias basadas en cualquier medida protegida legalmente tomada por un empleado.

**REGLAS DE PRÁCTICA Y ORIENTACIÓN SOBRE SEGURIDAD**

Ahora He completado una revisión de las Reglas de Práctica y Orientación sobre seguridad. Al firmar al pie reconozco que:

- Entiendo las Reglas de Práctica y Orientación sobre Seguridad.
- He sido instruido no comenzar a trabajar hasta que haya recibido una capacitación en el plan del Empleador de sitio de trabajo sobre la Prevención de la Injuria y la Enfermedad; haya recibido todo el entrenamiento de seguridad necesaria relacionada a cualquier peligro a que puedo ser expuesto en el lugar de trabajo; y se han emitido los equipos de protección personal (PPE).
- He sido instruido de comunicarse con mi supervisor u otro gerente inmediatamente si se me requiere empezar a trabajar antes de recibir la capacitación adecuada y los equipos de protección personal (PPE), o si siento que el lugar del trabajo no es seguro.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y REVISIÓN**

- Me comprometo a obedecer estos reglamentos durante mi empleo en la Compañía.
- Entiendo que la Compañía alienta a los empleados a hacer preguntas cuando necesitan clarificación, ahora y en cualquier momento futuro.
- Separaré estos reglamentos y los guardaré en mis archivos.
- Entiendo que el no cumplir con los reglamentos será motivo de disciplina que llegue hasta e incluya el despido inmediato.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Empleado(a): Después de leer, por favor arranque esta página y guárdela para sus archivos.**

## **LAS NORMAS DE LA COMPAÑÍA**

Ahora he completado una revisión de las Normas Generales de la Compañía. Al firmar al pie reconozco que:

- Entiendo las Pólizas Generales de la Compañía
- Entiendo la póliza de Oportunidad Igual de Empleo y la política de No-Acosamiento, y que la Compañía prohíbe discriminación y acoso ilegal basado en cualquier clase o categoría de personas protegidas por regulaciones federales, estatales o locales.
- Entiendo que cualquier empleado que cree que el/ella ha sido sometido a acoso ilegal o discriminación por un compañero de trabajo, supervisor o vendedor/cliente, debería inmediatamente informarle del incidente a su supervisor inmediato o un miembro de la gerencia.
- Entiendo que la Compañía prohíbe represalias basadas en cualquier medida protegida legalmente tomada por un empleado.

## **REGLAS DE PRÁCTICA Y ORIENTACIÓN SOBRE SEGURIDAD**

Ahora He completado una revisión de las Reglas de Práctica y Orientación sobre seguridad. Al firmar al pie reconozco que:

- Entiendo las Reglas de Práctica y Orientación sobre Seguridad.
- He sido instruido no comenzar a trabajar hasta que haya recibido una capacitación en el plan del Empleador de Lugar de trabajo sobre la Prevención de la Injuria y la Enfermedad; haya recibido todo el entrenamiento de seguridad necesaria relacionada a cualquier peligro a que puedo ser expuesto en el lugar de trabajo; y se han emitido los equipos de protección personal (PPE).
- He sido instruido de comunicarse con mi supervisor u otro gerente inmediatamente si se me requiere empezar a trabajar antes de recibir la capacitación adecuada y los equipo de protección personal (PPE), o si siento que el lugar del trabajo no es seguro.

## **RECONOCIMIENTO DE RECIBO Y REVISIÓN**

- Me comprometo a obedecer estos reglamentos durante mi empleo en la Compañía.
- Entiendo que la Compañía alienta a los empleados a hacer preguntas cuando necesitan clarificación, ahora y en cualquier momento futuro.
- Separaré estos reglamentos y los guardaré en mis archivos.
- Entiendo que el no cumplir con los reglamentos será motivo de disciplina que llegue hasta e incluya el despido inmediato.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_