

**Nombre del solicitante** \_\_\_\_\_

Primero

Medio

último

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Unidad de apartamento # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono1: \_\_\_\_\_ Teléfono2: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Puesto de Trabajo

Puesto(s) que solicita \_\_\_\_\_

¿Qué días y horas está disponible para trabajar? \_\_\_\_\_

¿Puedes trabajar los fines de semana? **SI** **NO** ¿Estás disponible para trabajar horas extras? **SI** **NO**¿Tienes amigos, familiares o conocidos que trabajan para la empresa? **SI** **NO**

En caso afirmativo, ¿nombre y relación del estado? \_\_\_\_\_

Si es contratado, ¿tiene su propio transporte hacia / desde el trabajo? **SI** **NO**Si es contratado, ¿podría presentar una prueba de su elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos? **SI** **NO**Si es contratado, ¿está dispuesto a someterse y aprobar una prueba de sustancia controlada? **SI** **NO**¿Eres capaz de realizar las funciones esenciales o el trabajo para el que estás postulando, ya sea con / sin ajustes razonables? **SI** **NO**

Si no, describa las funciones que no se pueden realizar: \_\_\_\_\_

*(Nota: la empresa cumple con la ADA y considera medidas de acomodación razonables que pueden ser necesarias para que los solicitantes / empleados elegibles realicen funciones esenciales. Es posible que un empleado pueda ser evaluado en habilidad / agilidad y esté sujeto a un examen médico realizado por un profesional médico)*

### Educación, Entrenamiento y Experiencia

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de Escuela: \_\_\_\_\_

Número de Años Completados \_\_\_\_\_ ¿Te Graduaste? **YES** **NO** Grado / Diploma Obtenido: \_\_\_\_\_

### Historial de trabajo

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ Fechas de Empleo: \_\_\_\_\_

Deberes Laborales: \_\_\_\_\_

Razón para irse: \_\_\_\_\_ Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ Fechas de Empleo: \_\_\_\_\_

Deberes Laborales: \_\_\_\_\_

Razón para irse: \_\_\_\_\_ Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_

**Referencias de Trabajo:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Descargo de responsabilidad y firma:****Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a lo mejor de mi conocimiento.****Si esta solicitud conduce al empleo, entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede resultar en mi liberación.**

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

## Acuerdo de Empleo

### SÓLO PARA USO DE OFICINA

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Cliente: \_\_\_\_\_ Número Alternativo: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Código W/C: \_\_\_\_\_ Tarifas(s) Paga: \_\_\_\_\_

Tasa(s) por: \_\_\_\_\_ Tasa(s) de Horas Extras de Pago: \_\_\_\_\_ Día de Pago Regular: \_\_\_\_\_

### SOLICITANTES COMPLETOS A CONTINUACIÓN

Veterano militar: **SI** **NO** Subsidios: \_\_\_\_\_

El nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Domicilio del solicitante: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono del solicitante: \_\_\_\_\_ Número alternativo: \_\_\_\_\_

#### En caso de emergencia, por favor notifique:

nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### Información del Informe EEO-1

La siguiente información se refiere a los informes federales EEO-1 aplicables. La información recibida no se utilizará de ninguna manera para evaluar al empleado.

#### Marque Uno a Continuación::

Masculino:                      Hembra:

Blanco:      Negro:      Hispano:      Isleño Asiático o del Pacífico:      Indio Americano:

Hawaiano Nativo:      Otro:      Dos o Mas Carreras:

Estado Civil:      Casado:      Casado (retener una tasa única más alta):      Soltero:

Empleado Inicial Aquí: \_\_\_\_\_

Bienvenido a ESMAR Management Group (Aquí después de UAll The Right Connections "). La compañía para la cual emite sus cheques de pago, procesa su fin de año, W2 y para ofrecer una variedad de beneficios de empleado para su consideración. Bajo este acuerdo, usted será considerado un empleado de ESMAR Management Group . Toda la información contenida en el acuerdo de empleo es importante para su empleo con ESMAR Management Group . Se deben completar todos los espacios en blanco y debe firmar el acuerdo, incluidos los 19 y W4. Una copia de su La seguridad social se solicita a efectos del impuesto laboral.

**Verifique lo siguiente:**

Oficial o Gerente	Técnico	Trabajador artesanal	Profesional	Oficina (clerical)	Obrero
Operativos	Trabajador de Servicio				

**Empleo a Voluntad:**

Yo, el empleado abajo firmante, en consideración de mi contratación por parte de ESMAR Management Group como empleado a voluntad de ESMAR Management Group, reconozco y acepto lo siguiente: He sido contratado como empleado a voluntad de ESMAR Management Group que es una compañía de personal y no existe ningún contrato de trabajo entre mí y el cliente al que he sido asignado, ni entre ESMAR Management Group y yo. Entiendo y acepto que ESMAR Management Group o yo podemos terminar nuestra relación laboral en cualquier momento, ya que soy un empleado a voluntad. También acepto que pueda ser asignado a una compañía afiliada a ESMAR Management Group y ser empleado por dicha compañía en cualquier momento a la sola y completa discreción de ESMAR Management Group y sin mi consentimiento o acuerdo. También acepto que, si bien soy un empleado con personal de ESMAR Management Group , si ESMAR Management Group no recibe el pago del cliente por los servicios que realizo como empleado del personal, ESMAR Management Group aún me pagará la tarifa de pago regular por hora si soy un empleado no exento y debo pagar mi salario completo si soy un empleado exento, incluso si ESMAR Management Group no es pagado por el cliente al que estoy asignado. He sido informado y estoy de acuerdo en que si mi asignación con ESMAR Management Group dentro de las setenta y dos (72) horas para una posible reasignación y que el desempleo esté cubierto por los estatutos estatales de compensación de trabajadores, y para evitar eludir dichos estatutos que puedan resultar de pleitos herby renuncia y libera para siempre cualquier derecho que pueda tener para presentar reclamos para entablar demandas contra cualquier cliente o clientes de ESMAR Management Group o contra ESMAR Management Group por daños y perjuicios basados en lesiones que están cubiertas por dichos estatutos de compensación laboral.

**Cliente Empresa Políticas de Licencia Pagada y Otros Beneficios.**

En el caso de que la Compañía Cliente mantenga una política que brinde beneficios de licencia pagada, como vacaciones, licencia por enfermedad, toma de fuerza o indemnización por despido, la compañía cliente es la única responsable de pagar los beneficios acumulados bajo dichas políticas durante el empleo y al momento de la terminación. ESMAR Management Group no proporciona, y no tiene una política que proporcione vacaciones y otros beneficios de vacaciones pagas. En la medida en que los beneficios de vacaciones pagadas se paguen a través de la nómina de ESMAR Management Group para el empleado, es únicamente como un servicio de nómina en nombre de la empresa cliente. Del mismo modo, en la medida en que la empresa cliente brinde otros beneficios de conformidad con las políticas en las que ESMAR Management Group no sea parte, como opciones sobre acciones, bonos, participación en las ganancias, beneficios de jubilación, etc., la empresa cliente es la única responsable de proporcionar los beneficios prescritos por esas políticas.

**Asignación.**

Si la empresa cliente se declara en bancarota, el empleado transferirá a ESMAR Management Group todos sus derechos como empleado a efectos de pago de salarios e impuestos de nómina aplicables. Por este derecho, ESMAR Management Group compensará al Empleado con una prima adicional del cinco por ciento (5%), sobre esos montos que ESMAR Management Group recibe del cliente como resultado de la asignación de los derechos del Empleado.

**Empleado Inicial Aquí:\_\_\_\_\_**

**Políticas y Beneficios.**

El Empleado acepta cumplir con las políticas de ESMAR Management Group , incluidas, entre otras, las políticas contenidas en cualquier manual del Empleado aplicable. El empleado entiende que la elegibilidad y la cobertura de los beneficios de ESMAR Management Group están controladas por los términos y condiciones de los Documentos del Plan aplicables.

**Arbitraje:**

ESMAR Management Group promueve un sistema voluntario de resolución alternativa de disputas que utiliza un arbitraje vinculante para resolver todas las disputas que puedan surgir fuera del contexto laboral.

**Autorización Médica.**

Por la presente, autorizo la divulgación de todos y cada uno de los registros médicos, profesionales y psicológicos del hospital y otra información relacionada con mi Reclamación por lesiones, enfermedades o compensación de trabajadores (en lo sucesivo, "Información médica") a ESMAR Management Group ; sus empleados, agentes y representantes autorizados. Por la presente, permito que ESMAR Management Group revise y obtenga copias de toda la información médica y que discuta la información médica pertinente con profesionales involucrados en mi tratamiento de atención médica. Por lo tanto, otorgue a ESMAR Management Group permiso para divulgar la información médica a proveedores de atención médica, administradores externos, tribunales federales o estatales, juntas de compensación para trabajadores, aseguradoras de empleadores y cualquier otra parte que pueda estar involucrada en mi reclamo, tratamiento o rehabilitación vocacional, o como lo exige la ley. Además, de conformidad con la Sección 1395y del Título 42, los transportistas deben compartir la Información médica de los reclamantes para permitir que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, anteriormente conocidos como Administración de Financiamiento de Atención Médica (CMS), determinen la elegibilidad para los beneficios. Por lo tanto, otorgo a ESMAR Management Group Workforce permiso para discutir, divulgar y divulgar cualquier información médica con o a CMS en relación con mi reclamo. Por la presente libero a ESMAR Management Group de cualquier responsabilidad o pérdida debido a la divulgación de información médica. Entiendo que toda la información divulgada se tratará de manera confidencial y de conformidad con todas las leyes aplicables. También entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta el cierre del archivo de reclamo. Certifico que esta autorización se ha realizado voluntariamente y que la información aquí proporcionada es precisa según mi leal saber y entender. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.

**Pautas y Procedimientos de Accidentes / Lesiones**

1. Todas las lesiones deben informarse primero a su supervisor inmediato, quien luego informará el incidente al Departamento de Compensación de Trabajadores de ESMAR Management Group antes de que se otorgue la autorización para recibir tratamiento médico. Excepción; situaciones de emergencia o si la lesión ocurre después de horas y / o los fines de semana.
2. Se requiere un examen de drogas dentro de las 24 horas para todas las lesiones. De acuerdo con la ley estatal, un resultado positivo alivia a ESMAR Management Group y sus aseguradoras de cualquier responsabilidad por los gastos médicos incurridos en relación con su lesión. La negativa a someterse a una prueba de drogas tendrá las mismas consecuencias que un resultado positivo de la prueba de drogas . Si un empleado da positivo en una prueba de drogas posterior al accidente, será despedido por violación de la política de abuso de sustancias de la compañía, y se negarán los beneficios de compensación laboral y / o las facturas médicas incurridas por el empleado.

**Empleado Inicial Aquí:\_\_\_\_\_**

3. Se requiere que el empleado informe al médico o centro médico que hay trabajo liviano disponible. Se requerirá que el Empleado trabaje de manera ligera según las instrucciones del medico.
4. Se requiere que los empleados envíen toda la información médica asociada con el lugar de trabajo Lesión / enfermedad (informe del estado de trabajo del médico, registros médicos, etc.) dentro de las 24 horas
5. Se requiere que los empleados completen un informe de Accidente / Lesión del Empleado dentro de las 24 horas posteriores a la lesión / enfermedad.

### **MPN (Confirmación de la Red de Proveedores Médicos)**

He recibido la MPN (Red de proveedores médicos). Reconozco que mi empleador ha publicado las listas de proveedores de la MPN. Reconozco que si no completo los formularios de inscripción y se los devuelvo a mi empleador dentro de los 30 días, mi empleador me inscribirá en la MPN. Reconozco que esta carta se refiere solo a la compensación laboral. Este no es un plan de salud. Esto se aplica solo a lesiones relacionadas con el trabajo o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Substance Abuse Policy**

Cualquier empleado en propiedad de la empresa que posea, venda, reciba o se determine que tiene niveles medibles de cualquier droga ilegal o suficiente alcohol para perjudicar el rendimiento en su sangre u orina, estará sujeto a un despido inmediato y en situaciones apropiadas, remitido a las autoridades policiales. Consulte su Manual del empleado con respecto a los procedimientos aplicables a los medicamentos recetados. Periódicamente, representantes de la empresa autorizados realizarán inspecciones no anunciadas de personas que ingresen o salgan de los sitios de trabajo de la compañía. La entrada a la propiedad de la empresa se considera como consentimiento para una inspección de una persona, casillero, vehículo o cualquier otro efecto personal. ESMAR Management Group también se reserva el derecho de exigir a los empleados que realicen pruebas de drogas o alcohol ilegales o controladas, en base a sospechas razonables, y yo, como empleado, acepto específicamente las pruebas de drogas posteriores al accidente en cualquier situación donde la ley lo permita.

### **Deducciones**

Al inicializar esta página a continuación y firmar este formulario de acuerdo de empleo, autorizo deducciones, cuando corresponda, de mi cheque de pago por herramientas, uniformes, seguro médico, errores en la nómina, embargos, pagos en exceso, tarifas bancarias por detener el pago de un cheque perdido o dañado, y cualquier otra deducción relacionada con el trabajo. Estoy de acuerdo en que si debo dejar o ser despedido del empleo en la empresa cliente mencionada ESMAR Management Group antes de que se pague el monto total, cualquier ganancia sobre el salario mínimo se aplicará a mi préstamo de deducción. El monto deducido de mi último cheque de pago puede ser mayor que el monto que se muestra para cada cheque de pago de acuerdo con la legislación laboral aplicable.

### **Acuerdo de Exención del Período de Comidas de Seis Horas**

Por la presente, acepto, por mutuo consentimiento del empleador y el empleado, renunciar a mi período de comida requerido cuando un período de trabajo de no más de seis (6) horas completará el día de trabajo, según lo definido por la Comisión de Bienestar Industrial del Estado de California Orden, Sección 11 (A)

### **Reconocimiento de la Política de Períodos de Comida y Descanso**

Esta política detalla la política y el proceso del período de comida y descanso para los empleados no exentos en California. De conformidad con la ley de California, los empleados que trabajan más de cinco (5) horas recibirán al menos un período completo de comida de treinta (30) minutos. Este período de comida comenzará a más tardar a la quinta hora de trabajo. Además, los empleados que trabajan más de diez: (10) horas en un día laboral recibirán un segundo período de comida de treinta (30) minutos. Este segundo período de comida debe tomarse antes del final de la décima hora de trabajo. Los períodos de comida no se pueden tomar al comienzo o al final de los turnos.

Empleado Inicial Aquí: \_\_\_\_\_

Los empleados serán relevados de todos sus deberes durante los períodos de comida y pueden no trabajar durante este tiempo. El período de comida de un empleado no se considerará "de servicio" y no se contará como tiempo trabajado. A los empleados se les proporcionarán períodos de descanso pagados de diez (10) minutos a los empleados por cada cuatro (4) horas trabajadas o fracción mayor de las mismas, a menos que el empleado trabaje menos de tres horas y media en un día. Un supervisor informará a los empleados cuándo tomarán sus períodos de descanso: siempre que sea posible, los empleados deben poder tomar sus descansos cerca de la mitad de cada período de trabajo de cuatro horas. Los empleados no pueden acumular períodos de descanso o usar períodos de descanso como base para comenzar a trabajar tarde, dejar su turno asignado temprano o extender un período de comida. Debido a que los descansos son pagados, los empleados no deben esperar para ellos. Esta política de comida y descanso se aplica en todo momento durante su empleo; incluso durante la asignación de trabajo en cualquier empresa cliente en California. Por la presente certifico que entiendo completamente esta política y proceso con respecto a los períodos de comida y descanso y que cumpliré con estas reglas. Si me pierdo o no puedo tomar una comida o un período de descanso, acepto notificar a mi sucursal local dentro de las veinticuatro (24) horas para que mi empleador pueda investigar y tomar las medidas correctivas apropiadas.

### **Política de Prevención de Represalias y Discriminación por Acoso.**

Denuncia de acoso o discriminación. Si cree que ha sido objeto o ha sido testigo de cualquier acoso ilegal, discriminación o represalia, debe informar inmediatamente dicha conducta a su supervisor. Si no se siente cómodo al informar el acoso o la discriminación a su supervisor, debe informar el acoso o la discriminación al empleado de recursos humanos de ESMAR Management Group . Además, si un empleado observa acoso o discriminación por parte de otro empleado, supervisor, gerente o no empleado, el empleado debe informar inmediatamente el incidente al Departamento de Recursos Humanos. La notificación de los empleados a ESMAR Management Group es esencial para hacer cumplir esta política. Los empleados pueden estar seguros de que no serán penalizados de ninguna manera por informar un problema de acoso o discriminación. Es ilegal que los empleadores tomen represalias contra los empleados que se oponen a las prácticas prohibidas por la Ley de Empleo y Vivienda Justa de California ("FEHA"), o que presenten quejas o de otra manera participen en una investigación, procedimiento o audiencia realizada por el Departamento de Empleo Justo de California y vivienda ("FEHC"). Del mismo modo, ESMAR Management Group prohíbe a los empleados obstaculizar sus investigaciones internas o su procedimiento de queja interna. Todas las quejas de acoso ilegal o discriminación que se informan a la gerencia o al Departamento de Recursos Humanos serán investigadas lo antes posible a través de una investigación justa y exhaustiva por un Representante imparcial calificado de ESMAR Management Group . ESMAR Management Group llevará a cabo su investigación de manera que proporcione a todas las partes el debido proceso y las conclusiones razonables que se basan en la evidencia recopilada, incluso mediante la documentación y el seguimiento de su investigación. Se tomarán medidas correctivas cuando estén justificadas y en función de la evidencia documentada. Los supervisores y / o gerentes que presencian acoso, discriminación o represalia, o que reciben informes de acoso, discriminación o represalia, deben informar de inmediato dicha conducta al Departamento de Recursos Humanos. De lo contrario, los supervisores y / o gerentes pueden resultar en medidas disciplinarias. Las violaciones de esta política someterán a un individuo a medidas disciplinarias, que pueden incluir la terminación inmediata. Además, según la ley de California, los empleados pueden ser considerados personalmente responsables de acoso que viole la FEHA. Represalias prohibidas. ESMAR Management Group prohíbe las represalias contra quienes denuncian, se oponen o participan en una investigación de presuntas violaciones de esta política. Participar en una investigación de presuntas irregularidades en el lugar de trabajo incluye:

1. Presentar una queja ante una agencia administrativa o de cumplimiento federal o estatal.
2. Participar o cooperar con una agencia de cumplimiento federal o estatal que está llevando a cabo una investigación de la compañía con respecto a una supuesta actividad ilegal.

**Empleado Inicial Aquí:** \_\_\_\_\_

3. Testificar como parte, testigo o acusado en relación con una supuesta actividad ilegal.
4. Asociarse con otro empleado que participa en cualquiera de estas actividades,
5. Hacer o presentar una queja interna con la compañía con respecto a una supuesta actividad ilegal.
6. Proporcionar un aviso informal a la compañía con respecto a una supuesta actividad ilegal.

ESMAR Management Group prohíbe estrictamente cualquier acción adversa o represalia contra un empleado por participar en una investigación de presunta violación de esta política. Si un empleado siente que se está tomando represalias contra él, debe contactarse inmediatamente con el Empleado de Recursos Humanos de ESMAR Management Group . Además, si un empleado observa represalias por parte de otro empleado, supervisor, gerente o no empleado, debe informar inmediatamente el incidente a las personas mencionadas anteriormente. Cualquier empleado que se considere responsable de violar esta política estará sujeto a medidas disciplinarias apropiadas, que pueden incluir el despido. Además, cualquier empleado, supervisor o gerente que apruebe o ignore posibles violaciones de esta política estará sujeto a medidas disciplinarias apropiadas, que pueden incluir el despido.

**Empleado Inicial Aquí:** \_\_\_\_\_

**Marque una de las casillas de elementos junto a la opción en la que desea designar a continuación:**

**Deseo inscribirme en el programa MPN** (Red de Proveedores Médicos) para mi atención médica por cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, he recibido información sobre la Organización de Atención Médica ofrecida por mi empleador y deseo inscribirme en la MPN (Red de Proveedores Médicos) Programa

**NO quiero inscribirme en la MPN.** Quiero que mi médico personal, quiropráctico personal o acupunturista personal me traten por cualquier lesión o enfermedad relacionada. Mi médico personal, quiropráctico personal o acupunturista personal es:

*(escriba el nombre y la dirección de su médico personal, quiropráctico personal o acupunturista personal)*

Nombre de los doctores: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**No quiero inscribirme en la MPN** o designar un médico personal, quiropráctico personal o acupunturista personal para que me atienda por cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Entiendo que mi empleador me inscribirá en el programa MPN (Red de Proveedores Médicos) para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

**INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:**

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

**Este formulario de Acuerdo de Empleo cumple con la ley LC2810.5 laboral**

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO EL RECIBO DE LA INFORMACIÓN DE MI EMPLEADOR, LA INFORMACIÓN DE MI SALARIO, UNA COPIA DE ESTE ACUERDO DEL EMPLEADO, EL RECIBO DEL ACOSO, LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE DISCRIMINACIÓN Y RETALIACIÓN, Y LA INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE MI EMPLEADOR. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, TAMBIÉN ACEPTA LOS TÉRMINOS DE ESTE EMPLEO. FORMULARIO DE ACUERDO, RECONOCE QUE ENTIENDO Y ACEPTO CUMPLIR CON LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE ACOSO, DISCRIMINACIÓN Y RETALIACIÓN, Y CONFIRMAR QUE TODA LA INFORMACIÓN DE MI PERSONAL Y EMPLEO ES EXACTA Y CORRECTA:

\_\_\_\_\_  
**(IMPRIMIR NOMBRE del Representante de Empleados)**

\_\_\_\_\_  
**IMPRIMIR NOMBRE del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**(FIRMA del representante del empleado)**

\_\_\_\_\_  
**(FIRMA del empleado)**

\_\_\_\_\_  
**(Fecha proporcionada al empleado y firmado por el representante)**

\_\_\_\_\_  
**(Fecha de recepción por el empleado y firmado por el empleado)**

**CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DROGAS Y / O ALCOHOL PARA EMPLEADOS**

Entiendo que someterse a un examen de detección de drogas y / o alcohol después de una lesión es una condición de empleo con este empleador. Entiendo que si mis resultados de la prueba se confirman positivos o me niego a hacer la prueba, estaré sujeto a la acción disciplinaria de la compañía; incluida una posible descarga, entiendo que una muestra manipulada o adulterada se considerará una negativa a la prueba, lo que dará como resultado una posible descarga.

Por la presente doy mi consentimiento para divulgar los resultados de mi análisis de sangre o de orina a la (s) persona (s) o departamento (s) o al agente especificado de mi empleador; Incluyendo la Compañía de Seguro de Compensación para Trabajadores de mi empleador, con el propósito de determinar la presencia de alcohol y / u otras drogas en mi cuerpo durante la duración de mi empleo.

Entiendo que si me lesiono durante el curso y el alcance de mi empleo y obtengo un resultado positivo por la presencia de alcohol y / o drogas, puedo perder mi elegibilidad para recibir beneficios médicos y de indemnización. También entiendo que un rechazo a la prueba, una muestra manipulada o adulterada bajo esta circunstancia también puede resultar en la pérdida de mi elegibilidad para beneficios médicos y de indemnización y acción inmediata. incluyendo posible descarga

Al firmar este formulario, por la presente entrego a la Compañía y / o al Oficial de Revisión Médica de la Compañía los resultados de las pruebas a las que he dado mi consentimiento, además autorizo a la Compañía a discutir los resultados con el personal médico / médico que recoge la muestra, la instalación de prueba, sus directores, funcionarios, agentes y empleados responsables de administrar la (s) prueba (s) mencionada (s) o evaluar los resultados de la misma y cualquiera de ellos en este documento. También autorizo a la Compañía a discutir los resultados con sus asesores legales y a utilizar los resultados de las pruebas como defensa ante cualquier acción legal de la que soy parte.

Además, libero cualquier instalación de prueba o cualquier médico que me haya evaluado de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de todos y cada uno de los resultados, informes escritos, registros médicos y datos relacionados con mi (s) prueba (s) a la vestimenta adecuada de los Empleadores. Acepto que los resultados se divulguen a la Compañía y / o al oficial de Revisión Médica de la Compañía.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado o Solicitante**  
*(Padre o tutor si el empleado es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Empleado o Solicitante SS #**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**OR**

**I hereby refuse to consent to submit testing for the presence of drugs and/or alcohol.**

\_\_\_\_\_  
**Empleado o Solicitante SS #**  
*(Padre o tutor si el empleado es menor de edad)*

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Empleado o Solicitante SS #**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO AUTOMÁTICO DE NÓMINA

Autorización para depósito directo - Formulario del empleado Esto autoriza a **ESMAR Management Group / Diamond PEO** (la "Compañía") a enviar entradas de crédito (y entradas de débito y ajuste apropiadas), electrónicamente o por cualquier otro método comercialmente aceptado, a mi (nuestra) cuenta (s) que se indican a continuación y para otras cuentas que yo (nosotros) identifiquemos en el futuro (la "Cuenta"). Esto autoriza a la institución financiera que posee la Cuenta a publicar todas esas entradas.

Tipo de Cuenta # 1 (marque uno): Comprobación \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_

Nombre del Banco del Empleado: \_\_\_\_\_ Empleado SS #: \_\_\_\_\_

# De Enrutamiento Bancario: \_\_\_\_\_ # de cuenta: \_\_\_\_\_

Esta autorización entrará en vigencia hasta que la Compañía reciba un aviso de rescisión por escrito de mi parte y tenga una oportunidad razonable de actuar en consecuencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado o Solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

IMPORTANTE: Este documento debe ser firmado por los empleados que solicitan el depósito automático de cheques de pago y el empleador debe conservarlo en el archivo. Los empleados deben adjuntar un cheque anulado para cada una de sus cuentas para ayudar a verificar sus números de cuenta y números de ruta bancaria.

**\* SI LOS FONDOS SE DEPOSITAN EN SU CUENTA POR ERROR (SOBREPAGO O PAGO POR HORAS NO TRABAJADAS), ES RESPONSABLE DE DEVOLVER LOS FONDOS A A.R.C. / Diamante PEO DENTRO DE 24 HORAS. SI LOS FONDOS NO SON DEVUELTOS Todas las conexiones correctas / Diamond PEO PERSONARÁ ACCIONES LEGALES.**



302 S. Milliken Avenue, Suite E2, Ontario, CA 91761

# Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

## 2020

**Paso 1:**  
**Anote su información personal**

<p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo</p> <p style="text-align: right;">Apellido</p> <hr/> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p> <hr/> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p>	<p>(b) Su número de Seguro Social</p> <hr/> <p>▶ <b>¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta?</b> De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a>.</p>
<p>(c) <input type="checkbox"/> <b>Soltero o Casado que presenta una declaración por separado</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Casado que presenta una declaración conjunta</b> (o Viudo que reúne los requisitos)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Cabeza de familia</b> (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).</p>	

**Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5.** Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en línea y conocer acerca de su privacidad.

**Paso 2:**  
**Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan**

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos.

Tome **solo una** de las siguientes opciones:

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) **o**

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada **o**

(c) Marque este recuadro si solo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario . . . . . ▶

**CONSEJO:** Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2020 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos de trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

**Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para solo uno de sus empleos.** Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

<p><b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de dependientes</b></p>	<p>Si su ingreso va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . .</p>	<p><b>3</b></p>	<p>\$</p>
<p><b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros ajustes</b></p>	<p>(a) <b>Otros ingresos</b> (no incluya los ingresos de ningún empleo). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . .</p> <p>(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .</p> <p>(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .</p>	<p><b>4(a)</b></p> <p><b>4(b)</b></p> <p><b>4(c)</b></p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>

<p><b>Paso 5:</b> <b>Firme aquí</b></p>	<p>Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.</p>		
	<p>▶ _____ ▶</p> <p><b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).</p>	<p>▶ _____ ▶</p> <p><b>Fecha</b></p>	

<p><b>Para uso exclusivo del empleador</b></p>	<p>Nombre y dirección del empleador</p>	<p>Primera fecha de empleo</p>	<p>Número de identificación del empleador (EIN)</p>
--	---	--------------------------------	---

## EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

Complete this form so that your employer can withhold the correct California state income tax from your paycheck.

<b>Enter Personal Information</b>	
First, Middle, Last Name	Social Security Number
Address  City, State, and ZIP Code	Filing Status  SINGLE or MARRIED (with two or more incomes) MARRIED (one income) HEAD OF HOUSEHOLD

1. Total Number of Allowances you're claiming (Use Worksheet A for regular withholding allowances. Use other worksheets on the following pages as applicable, Worksheet A+B).
2. Additional amount, if any, you want withheld each pay period (if employer agrees), **(Worksheet B and C)**  
OR

**Exemption from Withholding**

3. I claim exemption from withholding for 2020, and I certify I meet both of the conditions for exemption.  
OR Write "Exempt" here
4. I certify under penalty of perjury that I am **not subject** to California withholding. I meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Check box here)

Under the penalties of perjury, I certify that the number of withholding allowances claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled or, if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status.

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>Employer's Section:</b> Employer's Name and Address	California Employer Payroll Tax Account Number
--	--

**PURPOSE:** This certificate, DE 4, is for **California Personal Income Tax (PIT) withholding** purposes only. The DE 4 is used to compute the amount of taxes to be withheld from your wages, by your employer, to accurately reflect your state tax withholding obligation.

Beginning January 1, 2020, *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4) from the Internal Revenue Service (IRS) will be used for federal income tax withholding **only**. You must file the state form *Employee's Withholding Allowance Certificate* (DE 4) to determine the appropriate California Personal Income Tax (PIT) withholding.

If you do not provide your employer with a withholding certificate, the employer must use Single with Zero withholding allowance.

**CHECK YOUR WITHHOLDING:** After your DE 4 takes effect, compare the state income tax withheld with your estimated total annual tax. For state withholding, use the worksheets on this form.

**EXEMPTION FROM WITHHOLDING:** If you wish to claim exempt, complete the federal Form W-4 and the state DE 4. You may claim exempt from withholding California income tax if you meet both of the following conditions for exemption:

1. You did not owe any federal/state income tax last year, and
2. You do not expect to owe any federal/state income tax this year. The exemption is good for one year.

If you continue to qualify for the exempt filing status, a new DE 4 designating EXEMPT must be submitted by February 15 each year to continue your exemption. If you are not having federal/state income tax withheld this year but expect to have a tax liability next year, you are required to give your employer a new DE 4 by December 1.

**Member Service Civil Relief Act:** Under this act, as provided by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018, you may be exempt from California income tax on your wages if

- (i) your spouse is a member of the armed forces present in California in compliance with military orders;
- (ii) you are present in California solely to be with your spouse; and
- (iii) you maintain your domicile in another state.

If you claim exemption under **this act**, **check the box on Line 4**. You may be required to provide proof of exemption upon request.



**Employment Eligibility Verification**  
**Department of Homeland Security**  
 U.S. Citizenship and Immigration Services

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

▶ **START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.**

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ 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 <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>		Middle Initial	Other Last Names Used <i>(if any)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i>	U.S. Social Security Number	Employee's E-mail Address			Employee's 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 boxes):**

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9:          An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____  <b>OR</b>          2. Form I-94 Admission Number: _____  <b>OR</b>          3. Foreign Passport Number: _____          Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

Signature of Employee	Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>
-----------------------	----------------------------------

**Preparer and/or Translator Certification (check one):**  
 I did not use a preparer or translator.     A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.  
*(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)*

**I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.**

Signature of Preparer or Translator		Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>	
Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>		City or Town	State ZIP Code

Employer Completes Next Page

# Aviso de pre-evaluación y solicitud de certificación para el crédito de oportunidad de trabajo

Formulario

# 8850

▢ Información sobre el Formulario 8850 y sus instrucciones separadas es en  
[www.irs.gov/form8850](http://www.irs.gov/form8850).

OMB No. 1545-1500

(Rev. Marzo 2016)

Departamento del  
Servicio de Impuestos  
Internos del Tesoro

## Solicitante de empleo: Rellene las líneas a continuación y marque las casillas que correspondan. Complete sólo este lado.

Su nombre Número \_\_\_\_\_ de Seguro Social ▢ \_\_\_\_\_

Dirección de la calle donde vives \_\_\_\_\_

Ciudad o ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ de teléfono del condado \_\_\_\_\_

Si es menor de 40 años, introduzca su fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

- 1  Compruebe aquí si recibió una certificación condicional de la agencia estatal de fuerza de trabajo (SWA) o de una agencia local participante para obtener el crédito de oportunidad de trabajo.
- 2  Compruebe aquí si **alguna** de las siguientes declaraciones se aplican a usted.
  - Soy miembro de una familia que ha recibido asistencia de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) durante cualquier 9 meses durante los últimos 18 meses.
  - Soy un veterano y miembro de una familia que recibió beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés) por al menos un período de 3 meses durante los últimos 15 meses.
  - Fui referido aquí por una agencia de rehabilitación aprobada por el estado, una red de empleo bajo el programa Ticket to Work, o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
  - Tengo al menos 18 años pero **no** tengo 40 años o más y soy miembro de una familia que:
    - a. Beneficios de SNAP recibidos (estampillas de alimentos) durante los últimos 6 meses; **o o**
    - b. Recibió beneficios de SNAP (estampillas de alimentos) durante al menos 3 de los últimos 5 meses, **pero ya no es elegible para recibirlos.**
  - Durante el año pasado, fui declarado culpable de un delito grave o liberado de prisión por un delito grave..
  - Recibí beneficios de ingresos de seguridad suplementarios (SSI, por sus datos) para cualquier mes que termine durante los últimos 60 días.
  - Soy un veterano y estuve desempleado por un período o períodos que suman al menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el año pasado.
- 3  Compruebe aquí si ustedes un veterano y usted estuviste desempleado por un período o períodos que suman al menos 6 meses durante el **año** pasado.
- 4  Compruebe aquí si usted es un veterano con derecho a compensación por una discapacidad relacionada con el servicio y fue dado de baja o liberado del servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos durante el **año** pasado.
- 5  Compruebe aquí si usted es un veterano con derecho a compensación por una discapacidad relacionada con el servicio y estuviste desempleado por un período o períodos que suman al menos 6 meses durante el **año** pasado.
- 6  Compruebe aquí si usted es miembro de una familia que:
  - Recibió TANF payments durante al menos los últimos 18 meses; **o o**
  - Recibió pagos TANF por cualquier 18 meses a partir del 5 de agosto de 1997, **y** el período más temprano de 18 meses a partir del 5 de agosto de 1997, terminó durante los últimos 2 años; **o o**
  - Dejó de ser elegible para los pagos TANF durante los últimos 2 años porque la ley federal o estatal limitó el tiempo **máximo** que esos pagos podrían hacerse.
- 7  Compruebe aquí si usted está en un período de desempleo que es por lo menos 27 semanas consecutivas y para la totalidad o parte de ese período recibió compensación por desempleo.

**Firma: todos los solicitantes deben  
firmar**

Bajo penas de perjurio, declaro que le di la información anterior al empleador en o antes del día en que me ofrecieron un trabajo, y es, hasta mi leal saber y entender, verdadero, correcto y completo.

Firma del solicitante de empleo ▢ \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_