

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



Durante el plazo de este acuerdo, "ESMAR MANAGEMENT GROUP" será responsable del pago de salarios u otras compensaciones a los empleados asignados mientras estén asignados al Cliente. La empresa deducirá y remitirá a la autoridad fiscal correspondiente todos los impuestos locales, estatales y federales exigidos a un empleador. Basado en y confiando en la información proporcionada por el cliente, la compañía mantendrá la nómina y otros registros de salarios, beneficios e impuestos relacionados con los empleados asignados. La Empresa distribuirá cheques de nómina a los empleados asignados en un horario que será acordado mutuamente por el cliente y la empresa. La Empresa establecerá una cuenta bancaria separada, específica del cliente, en la que se mantendrán los fondos relacionados con el pago de salarios a los empleados asignados, asignados al cliente. La Compañía no será responsable de ningún problema relacionado con el pago de dinero de la cuenta bancaria específica del cliente, incluidas, entre otras, transferencias fraudulentas, retiros no autorizados, etc. procesados por la institución financiera con la que la compañía no está involucrada. El Cliente acepta indemnizar y eximir de responsabilidad a la compañía con respecto a cualquier reclamo por falta de pago de dinero u otros reclamos relacionados con problemas asociados con la cuenta bancaria específica del cliente, a menos que el problema subyacente se relacione con la falta de depósito de dinero suficiente por parte de la compañía para pagar los salarios realmente adeudados. al empleado asignado al cliente en la cuenta.

En caso de que el cliente finalice la asignación de un empleado asignado al cliente o si la asignación del empleado asignado al cliente finaliza de otro modo, la compañía se asegurará de que cualquier monto adeudado al empleado anteriormente asignado se pagará al empleado anteriormente asignado a más tardar el siguiente período de pago. El empleado anteriormente asignado continuará siendo considerado para asignación con otros clientes, cuando corresponda, y no se considerará que ha sido despedido para estos Fines.

Yo _____ por lo presente, entiendo y reconozco que si mi asignación finaliza con el cliente, cualquier monto, salario, y/o cheque de pago se procesa a más tardar al siguiente periodo de pago, y será considerado para asignaciones de trabajo con otros clientes.

Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

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.

2023

Paso 1: Anote su Información Personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? 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 www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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, otros detalles y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2: Complete este paso si (1) tiene más de un empleo 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 **sólo una** de las siguientes opciones:

Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

(a) Reservado para uso futuro.

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa

CONSEJO: Si usted tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, vea la página 2.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo 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).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). 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	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

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

Para Uso Exclusivo del Empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--

Certificado de Retenciones del Empleado

Complete este formulario para que su empleador pueda retener correctamente de su sueldo el impuesto sobre el ingreso de California.

Ingrese su información personal	
Nombre, segundo nombre, apellido	Número de Seguro Social
Dirección	Estado civil
Ciudad, estado y código postal	<input type="checkbox"/> Soltero o casado (con dos o más ingresos) <input type="checkbox"/> Casado (con un ingreso) <input type="checkbox"/> Cabeza de familia

1. Use la Hoja de trabajo A para retenciones regulares. Use las hojas de trabajo que aparecen en las siguientes páginas, si le aplican.

1a. Número de retenciones regulares (Hoja de trabajo A) _____

1b. Número de retenciones de deducciones estimadas (Hoja de trabajo B, si le aplica) _____

1c. Número total de retenciones que solicita 0

2. Cantidad adicional, si hay alguna, que desea que se le retenga en cada período de pago

(si su empleador está de acuerdo), (**Hojas de trabajo C**) _____

○

Exención de retención

3. Solicito se me exenten las retenciones para el 2022 y certifico que cumpla con las dos condiciones de exención. (Marque el recuadro aquí)

(Marque el recuadro aquí)

○

4. Declaro bajo pena de perjurio que **no estoy sujeto** a retenciones de California. Yo cumpla con las condiciones

establecidas en la Ley titulada en inglés Service Member Civil Relief Act, la cual fue enmendada por la ley titulada

en inglés Military Spouses Residency Relief Act y la ley titulada en inglés Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Marque el recuadro aquí)

(Marque el recuadro aquí)

Bajo pena de perjurio, declaro que el número de retenciones solicitadas en este certificado no exceden del número al cual tengo derecho o que, si solicito exención de retenciones, tengo derecho a solicitar que se me asigne estatus de exento.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Sección del empleador: Nombre y dirección del empleador	Número de Cuenta del Impuesto sobre la Nómina del Empleador de California
--	---

Propósito: Este certificado, DE 4, es únicamente para propósitos de retener el **impuesto sobre el Ingreso Personal de California (PIT, por sus siglas en inglés)** El formulario DE 4 se usa para calcular la cantidad de impuestos que se retendrán de sus sueldos, por parte de su empleador, para reflejar con exactitud su obligación de retener sus impuestos estatales.

A partir del primero de enero de 2020, el *Certificado de Retención del Empleado* (Formulario W-4) del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) se usará **únicamente** para la retención del impuesto federal sobre el ingreso. Usted debe presentar el formulario estatal *Certificado de Retención de Impuestos* (DE 4) para determinar el PIT de California.

Si no le proporciona a su empleador el certificado de retención, el empleador debe usar la retención correspondiente a soltero y sin retenciones.

Revise sus retenciones: Después de que el DE 4 entre en vigor, compare la retención del impuesto estatal sobre el ingreso con su total de impuestos anuales estimados. Para retenciones del estado, use las hojas de trabajo de este formulario.

Exención de retención: Si desea solicitar que se le exente, complete el formulario federal W-4 y el estatal DE 4. Usted puede solicitar que se le exente la retención del impuesto sobre el ingreso de California si cumple con las dos condiciones de exención que aparecen a continuación:

1. No debe impuestos sobre el ingreso federales/estatales del año pasado, y
2. No espera deber ningún impuesto federal/estatal este año. La exención es válida por un año.

Si continúa calificando para la exención de retención cuando declare impuestos, debe presentar un nuevo DE 4 en el que se le designe como exento antes del 15 de febrero de cada año para continuar con su exención. Si no tiene retenciones federales/estatales este año, pero espera tener una responsabilidad fiscal (adeudo) el siguiente año, se le requerirá que le entregue a su empleador un nuevo DE 4 a más tardar el primero de diciembre.

Ley Member Service Civil Relief Act: Bajo esta ley, y conforme a la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*, usted puede ser exento de la retención de impuesto sobre el ingreso de California sobre su sueldo si:



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: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 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



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

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 a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

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		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
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		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		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)			B. Date of Rehire (if applicable)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)	

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing 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	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

AVISO AL EMPLEADO
Sección 2810.5 del Código de Trabajo

EMPLEADO

Nombre del empleado: _____

Fecha de inicio: _____

EMPLEADOR

Nombre legal del empleador contratante: _____

¿El empleador contratante es una agencia/compañía de empleo (por ejemplo, agencia de colocación de trabajadores temporales, agencia de empleados temporales, u organización de empleadores profesionales [PEO, por sus siglas en inglés])? Sí No

Otros nombres con los cuales el empleador contratante "realiza negocios" (si aplica):

Dirección física de la oficina principal del empleador contratante:

Dirección postal del empleador contratante (si es diferente a la de arriba):

Número telefónico del empleador contratante: _____

Si el empleador contratante es una agencia/compañía de colocación de trabajadores (la casilla de arriba está marcada "Sí"), a continuación se encuentra la otra entidad para la cual el empleado trabajará:

Nombre: _____

Dirección física de la oficina principal: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SALARIO

Tasa(s) de pago: _____ Tasa(s) de pago de horas extra: _____

Tasa por (marque una casilla): Hora Turno Día Semana Salario A destajo Comisión

Otra (proporcione detalles): _____

¿Existe un acuerdo por escrito que proporcione la(s) tasa(s) de pago? (marque una casilla) Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿todas las tasas de pago y sus bases están contenidas en ese acuerdo por escrito? Sí No

Asignaciones, si las hubiere, reclamadas como parte del salario mínimo (incluyendo asignaciones por concepto de comidas o alojamiento):

(Si el empleado ha firmado el acuse de recibo a continuación, el mismo no constituye un "acuerdo escrito voluntario" requerido por la ley entre el empleador y el empleado para poder considerarlo como un crédito por concepto de comidas o alojamiento contra el salario mínimo". Cualquiera de tales acuerdos escritos voluntarios deberán documentarse por separado.)

Día regular de pago: _____

INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO

Nombre de la aseguradora: _____
Dirección _____
Número telefónico: _____
No. de la póliza: _____

Auto asegurado (Código de Trabajo 3700) y número de certificado del consentimiento para auto asegurarse: _____

LICENCIA POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO

Salvo que esté exento, el empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos para licencias por enfermedad con goce de sueldo bajo la ley del estado que estipula que un empleado:

- a. Puede acumular licencia por enfermedad con goce de sueldo y puede solicitar y utilizar hasta 3 días o 24 horas por concepto de licencia por enfermedad con goce de sueldo por año;
- b. No podrá ser despedido o no se podrán tomar represalias contra él por utilizar o por solicitar el uso de licencias por enfermedad con goce de sueldo; y
- c. Tiene derecho de presentar una demanda contra el empleador que tome represalias o discrimine contra un empleado por
 1. solicitar o utilizar días por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo;
 2. intentar ejercer el derecho de utilizar días acumulados por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo;
 3. presentar una demanda o alegar una violación de la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California;
 4. cooperar en una investigación o enjuiciamiento debido a una presunta violación de este Artículo u oponerse a cualquier política o práctica o actuación que sea prohibida por la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California.

Lo siguiente aplica al empleado identificado en este aviso. *(Marque una casilla)*

1. Acumula licencia por enfermedad con goce de sueldo únicamente según los requisitos mínimos previstos en el Código de Trabajo §245 y siguientes con ninguna otra póliza del empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para acumular y utilizar la licencia por enfermedad con goce de sueldo.
2. Acumula licencia por enfermedad con goce de sueldo según la póliza del empleador que satisface o excede los requisitos de acumulación, traslado, y uso del Código de Trabajo §246.
3. El empleador provee no menos de 24 horas (o 3 días) de licencia por enfermedad con goce de sueldo al principio de cada período de 12 meses.
4. El empleado está exento de la protección de ser pagado por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo según el Código de Trabajo §245.5. (Proporcione la exención y la sub-sección específica para la exención): _____

ACUSE DE RECIBO

(Opcional)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE del representante del empleador)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE el nombre del empleado)

(FIRMA del representante del empleador)

(FIRMA DEL empleado)

(Fecha)

(Fecha)

La firma del empleado en este aviso únicamente constituye un acuse de recibo.

La sección 2810.5(b) del Código de Trabajo requiere que el empleador le notifique a usted por escrito de cualquier cambio a la información establecida en este Aviso dentro de los siete días continuos después del momento de los cambios, a menos que uno de los siguientes aplique: (a) Todos los cambios son reflejados en un recibo puntual de sueldo provisto según la sección 226 del Código de Trabajo; (b) El aviso de todos los cambios se provee en otro escrito requerido por la ley dentro de siete días a partir de los cambios.



PPE AGREEMENT/ACUERDO SOBRE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN

_____ (Name of the employee) agree to use the PPE provided by Esmar Management. The employee authorize Esmar Management to deduct in full the cost from the first check

_____ (Nombre del empleado) está de acuerdo en usar el equipaje provisto por Esmar Management Group. El empleado está de acuerdo en que se le descuenta el valor total de este equipo en su primer cheque

PPE/EQUIPO	PRICE	EMPLOYEE INITIALS	TODAY'S DATE
Work Boots/Botas			
Hard Hat/Casco			
Safety Vest/Chaleco			
Safety Glasses			
Back Support/Faja			
Gloves/Guantes			

Badge - En el caso de que se la asigne alguna por parte de Esmar o nuestro cliente, deberá ser devuelta al siguiente día de la terminación de su asignación.

Badge Policy. If Esmar Management or our client provides a badge, it must be returned on the following day of the end of your assignment.

Employees Signature/ Firma del empleado: _____

Esmar Representative: _____

Location where the equipment will be used: _____



ESMAR MANAGEMENT GROUP. PREGUNTAS DE SEGURIDAD

Lea cuidadosamente y seleccione la respuesta que usted crea sea la correcta.

Pregunta 1:

Cual es la primera persona a la que debo informar si tengo un accidente o me doy cuenta de un peligro, aun cuando nadie haya sido lastimado?

- A) Mi supervisor
- B) El presidente de la compañía
- C) El que da los primeros auxilios
- D) La oficina

Pregunta 2:

Si me lastimo en el trabajo, sin importar lo grave que sea, yo debo de:

- A) Irme a casa
- B) Reportarlo a mi supervisor
- C) Ir al doctor
- D) Decirle a un familiar

Pregunta 3:

Resbalones, tropiezos y caídas constituyen el 50% de todos los accidentes. ¿Qué medidas deberían de tomarse para disminuir el riesgo de una lastimadura?

- A) Mantener la maquinaria limpia
- B) Asegurarse que los pasillos no estén obstruidos
- C) Reportar cualquier resbalón, tropiezo o caída peligrosa
- D) Todo lo anterior

Pregunta 4:

Si usted está enfermo o lastimado(a) y requiere tomar medicamentos regularmente, ¿a quien debería de informar?

- A) Departamento de Recursos Humanos
- B) A la oficina donde voy a trabajar
- C) Al supervisor general
- D) A Esmar Management Group

Pregunta 5:

En mi área de trabajo, ¿quién es responsable de mi seguridad?

- A) El supervisor
- B) El dueño de la empresa
- C) Yo
- D) Los de la oficina

Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Autorización para depósito directo autoriza a **ESMAR MANAGEMENT (esta compañía)** a enviar créditos y débitos electrónicamente o por cualquier otro método comercialmente aceptado a mi (o nuestra) cuenta bancaria que se indica a continuación y a otras cuentas que identifique en un futuro. De esta forma, yo autorizo a mi institución financiera de esta cuenta para aceptar todos y cualquier depósito hecho a mi favor.

- Nueva Cuenta
- Cambio de Cuenta
- Cancelar Cuenta

Tipo de cuenta #1 (marque uno): Cheques _____ Ahorro _____ Monto total %: _____

Nombre del Banco: _____

Número de Ruta # (ABA#) _____ Número de Cuenta : _____

Tipo de cuenta #2 (marque uno): Cheques _____ Ahorro _____ Monto total %: _____

Nombre del Banco: _____

Número de Ruta # (ABA#) _____ Número de Cuenta #: _____

IMPORTANTE: FAVOR DE LEER

Este documento debe ser firmado por los empleados que solicitan el depósito automático de su salario y será retenido en archivo por Esmar Management Group. Los empleados deben proveer un cheque anulado/cancelado para cada una de sus cuentas para ayudar a verificar sus números de cuenta y números de ruta bancaria o una carta del banco.

SI LOS FONDOS SE DEPOSITAN EN SU CUENTA POR ERROR (SOBRE PAGOS O PAGO POR HORAS NO TRABAJADAS), USTED ES RESPONSABLE DE DEVOLVER LOS FONDOS A LA ADMINISTRACIÓN DE ESMAR DENTRO DE LAS 24 HORAS. SI LOS FONDOS NO SE DEVUELVEN, LA ADMINISTRACIÓN DE ESMAR EMPRENDERÁ ACCIONES LEGALES.

LOS DEPÓSITOS DIRECTOS ESTARÁN DISPONIBLES A LAS CUENTAS LOS JUEVES, PERO EL DÍA DE PAGO OFICIAL ES TODOS LOS VIERNES. EN CASO DE SEMANAS CON DÍAS FESTIVOS O PROBLEMAS TÉCNICOS, ESPERE SU PAGO EL VIERNES POR LA MAÑANA O UN CHEQUE.

Mi firma a continuación indica que acepto que soy el titular de la cuenta o que tengo la autoridad del titular de la tarjeta para autorizar a mi empleador/compañía a realizar depósitos directos en la cuenta nombrada. Entiendo que esta autorización permanecerá activa y efectiva hasta que notifique a la compañía por escrito que deseo revocar mi autorización y la Compañía requiera al menos 5 días hábiles antes de la notificación para detener, cancelar o cambiar esta autorización de depósito directo.

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **SSN #** _____