



WORKSITE
EMPLOYEE LEASING

Paquete de Inscripción del Empleado

WELCO ONE, LLC. Nombre comercial: Worksite Employee Leasing

Un Empleador con Igualdad de Oportunidades

Adherimos a una política de toma de decisiones de empleo sin distinción de raza, color, edad, sexo, religión, nacionalidad de origen, discapacidad / incapacidad ni estado civil.

Su Ud. requiere de ajustes razonables para completar este paquete, por favor infórmenos.

WELCO ONE, LLC. es un co-empleador de los empleados que trabajan para su Empresa Cliente. Como co-empleador, WELCO ONE, LLC. es el empleador de referencia para la nómina de pago, declaración de impuestos, beneficios, seguro de compensación al trabajador, gestión de reclamos y otras funciones administrativas. La Empresa Cliente es responsable del trabajo diario de los empleados.

Instrucciones para Completar este Paquete

NOTA: Este Paquete de Inscripción no deberá completarse hasta tanto un potencial empleado haya recibido una oferta condicional de empleo por parte de la Empresa Cliente.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

El empleado debe completar:

Sección 1—Cuestionario de Empleo
Sección 2—Formulario W4
Sección 3—Acuerdo del Empleado
Sección 4—Cuestionario de Compensación al Trabajador
Sección 5—Información de IOE

El cliente debe completar:

Sección 5—Información de IOE del Empleador
Sección 6—Detalles de Pago del Empleado

- Revisar que la inscripción esté completa
- Entregar el paquete completo a Worksite Employee Leasing ANTES de que el empleado comience a trabajar

IMPORTANTE—EMPRESA CLIENTE POR FAVOR TENGA EN CUENTA:

La ley federal requiere que los empleadores completen y conserven un Formulario de Verificación de Elegibilidad de Empleo (Formulario I-9) por cada empleado. WELCO ONE, LLC. puede proveer este formulario así como las instrucciones y la asistencia para el correcto llenado y conservación de los formularios I-9; sin embargo, es responsabilidad de la Empresa Cliente asegurar que todos los empleados hayan completado un formulario I-9 y conservar los formularios completos según lo requiere la ley.

WELCO ONE, LLC. NO RETIENE FORMULARIOS I-9 COMPLETOS

SECCIÓN 1– CUESTIONARIO DE EMPLEO

Nombre de Empresa Cliente: _____

Nombre Completo del Empleado _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

NSS# _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Correspondencia Actual

Dirección: _____
Número y Calle Unidad # Ciudad Estado Código Postal Estado

Nombre de Contacto ante Emergencias : _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Tipo de Empleo Deseado : _____ [] Tiempo Completo [] Tiempo Parcial

¿Es Ud. mayor de 18 años? [] Sí [] No Si es menor de 18 años, por favor indique su edad _____
(Si es menor de 18 años, el empleo estará sujeto a la verificación de que Ud. tenga la edad legal mínima y pueda proporcionar cualquier permiso de trabajo requerido).

¿Está Ud. impedido de ser legalmente empleado en este país debido al Estado de su Visa o Inmigración? [] Sí [] No

¿Ha sido Ud. Empleado a través de WELCO ONE, LLC. previamente? [] Sí [] No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ Puesto _____

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito, se ha declarado nolo contendere (sin disputa de cargos) a un delito, culpable de un delito, se le ha suspendido una condena o ha recibido una sentencia suspendida (independientemente de la adjudicación final) por un delito? [] Sí [] No
En caso afirmativo, provea detalles referentes al tipo de delito, la fecha de la condena o la de declaración de culpabilidad, la pena impuesta, y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales de ser necesario).

¿Ha sido Ud. arrestado y acusado de un delito leve o grave no revelado arriba por el cual Ud. esté en libertad bajo fianza o bajo palabra a la espera de resolución o juicio (sin contar infracciones de tránsito menores para las cuales no se necesita comparecer en corte)? [] Sí [] No
En caso afirmativo, provea la(s) fecha(s) y detalles del arresto o acusación y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales de ser necesario).

¿Alguna vez ha sido demandado por causar la muerte o lesiones a una persona, o daños a la propiedad (por ej.: asalto, agresión, calumnias, etc.)? [] Sí [] No
En caso afirmativo, provea detalles referentes a la naturaleza de las acciones y excepciones planteadas por las partes, el resultado de la acción (por ej.: acuerdo, veredicto del jurado, u otra resolución), y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales de ser necesario).

NOTA: El responder "Sí" a las tres preguntas previas no es un impedimento automático para el empleo. Factores como la edad al momento del delito, la gravedad y naturaleza de la violación, la relación con el trabajo buscado y evidencias de rehabilitación serán tenidos en cuenta. Sin embargo, se le informa que un error u omisión al contestar estas preguntas puede ser motivo de acción disciplinaria, incluyendo el despido.

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES ANTES DE FIRMAR DEBAJO

Los hechos expuestos en mi inscripción son verdaderos y completos. Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta aplicación y por la presente autorizo a mis empleadores anteriores a proporcionar toda la información referente a mis antecedentes laborales. Libero a mis antiguos empleadores de toda responsabilidad con motivo de proporcionar dicha información. Entiendo que las declaraciones falsas, omisiones o declaraciones engañosas en esta solicitud se considerarán causa suficiente para la declinación en la contratación o el despido, y estoy de acuerdo en que mi empleador no será responsable en ningún aspecto si mi trabajo se da por terminado como consecuencia de tales omisiones o declaraciones falsas o engañosas. Por la presente autorizo la investigación de mi historial laboral, incluyendo el contactar a los empleadores enumerados previamente en mi solicitud.

SECCIÓN 3– ACUERDO DEL EMPLEADO

Yo, el empleado que suscribe, en virtud de mi contratación por WELCO ONE, LLC. ("La OEP") como empleado subcontratado a voluntad, reconozco y acepto lo siguiente:

- Acuerdo de Co-Empleo.** Acepto que este ACUERDO DE EMPLEO ("El Acuerdo") se celebra entre WELCO ONE, LLC., una organización empleadora profesional, y el empleado subcontratado abajo firmante e identificado ("El Empleado") de conformidad con un Acuerdo de Prestación de Servicio con el Cliente entre La OEP y la Empresa Cliente en el que la OEP y mi Empresa Cliente han aceptado actuar como co-empleadores. El presente Acuerdo sólo se refiere a mi empleo como empleado de la OEP. CO-EMPLEO: la continuidad laboral del empleado es como co-empleado de la OEP y la Empresa Cliente. Un co-empleado es un empleado con dos empleadores: la Empresa Cliente y una Organización Empleadora Profesional (OEP). La relación de co-empleo permite a la OEP brindar ciertos beneficios y servicios a la Empresa Cliente y sus empleados, incluyendo pero no limitados a, la administración de nóminas de pago, la administración de las prestaciones de desempleo, la compensación al trabajador y otros beneficios de los empleados. La Empresa Cliente conserva los derechos y responsabilidades de, incluyendo pero no limitados a, la gestión y el control diarios, el control de las actividades del empleado, los requerimientos de trabajo del empleado, la tarifa y la forma de pago del empleado y la seguridad en el lugar de trabajo.
- Acuerdo de Empleo a Voluntad.** Acepto que se me ha contratado como empleado a voluntad de La OEP, que es una empresa de subcontratación de empleados, y no existe contrato de trabajo entre la Empresa Cliente a la que se me ha asignado y yo, ni entre la OEP y yo. Entiendo y acepto que puedo ser cesanteado y puedo dar por terminado mi empleo en cualquier momento y por cualquier motivo, o sin motivo ya que soy un empleado a voluntad.
- Acuerdo sobre Reporte de Accidentes y Compensación al Trabajador.** Acepto reportar inmediatamente a mi Empresa Cliente y a La OEP cualquier y todas las lesiones y los accidentes relacionados con el trabajo. Acepto que las lesiones relacionadas con el trabajo que pueda sufrir están cubiertas única y exclusivamente por la ley de compensación al trabajador del estado y por el seguro de compensación al trabajador proporcionado por La OEP. En la medida permitida por la ley, por la presente renuncio a y para siempre resigno cualquier derecho que pueda tener para hacer reclamos o demandar a La OEP por daños basándome en lesiones cubiertas por la ley de compensación al trabajador. También acepto que si me lesiono, a menos que cualquier otro programa de licencia sea aplicable, voy a aceptar cualquier trabajo modificado/ligero que se encuentre dentro del ámbito de mis capacidades físicas según lo determine el médico tratante de la compensación al trabajador. Acepto cualquier política de pruebas para la detección de drogas o alcohol que La OEP pueda adoptar; específicamente acepto las pruebas para la detección de drogas post-accidente en cualquier situación permitida por la ley.
- Acuerdo sobre Políticas de Licencia Remunerada, Ley de Licencia Familiar y Médica (LLFM) y Otros Beneficios de la Empresa Cliente.** Acepto que, en el caso de que mi Empresa Cliente mantenga políticas que proporcionen beneficios de licencia remunerada, tales como vacaciones, licencia por enfermedad, tiempo libre pago (TLP), o indemnización por despido, mi Empresa Cliente es el único responsable del pago de los beneficios acumulados bajo dichas políticas durante el empleo y al momento de la cesantía. La OEP no proporciona, y no tiene ninguna política que prevea, vacaciones u otros beneficios de licencia remunerada. Cuando se paguen al Empleado beneficios de licencia remunerada a través de la nómina de pago de La OEP, será solamente a modo de servicio de nómina en nombre de mi Empresa Cliente. Del mismo modo, cuando mi Empresa Cliente provea otros beneficios en virtud de las políticas de las que La OEP no es parte, tales como opciones sobre acciones, bonos, reparto de utilidades, beneficios de jubilación y cualquier otro beneficio, mi Empresa Cliente será el único responsable de proporcionar los beneficios establecidos por esas políticas. Mi Empresa Cliente es el principal empleador responsable de dar los avisos requeridos según la LLFM, determinar la elegibilidad de los empleados para la LLFM, otorgar la licencia de la LLFM, y el mantenimiento de los beneficios de salud. Mi Empresa Cliente es responsable de la restitución de los empleados que regresan de la licencia de la LLFM a sus puestos de acuerdo a la ley. La OEP cooperará plenamente con mi Empresa Cliente en la administración de la LLFM bajo la ley aplicable.
- Acuerdo contra la Discriminación, el Acoso y las Represalias.** Acepto que La OEP y mi Empresa Cliente prohíben expresamente la discriminación, el acoso y las represalias por motivos de raza, color, sexo, religión, estado civil, condición de veterano, nacionalidad de origen, discapacidad, edad o cualquier otra categoría protegida. También se prohíbe la interferencia indebida con la capacidad de los empleados de mi Empresa Cliente para llevar a cabo sus obligaciones laborales. Tampoco tolerarán ni La OEP ni mi Empresa Cliente ningún tipo de represalias reales ni tentativas contra un empleado que presente una inquietud válida de que esta política ha sido violada. La OEP y mi Empresa Cliente toman todas las denuncias de discriminación, acoso y represalias muy en serio y se han comprometido firmemente a garantizar un lugar de trabajo libre de esas actividades discriminatorias. Cualquier persona que ejerza la discriminación, el acoso o la represalia está sujeta a una acción disciplinaria que puede incluir hasta el despido. Si observo esta actividad prohibida, acepto ponerme en contacto con la persona apropiada en la Empresa Cliente a la que se me ha asignado y reportar dicha conducta. Si considero que la gerencia está involucrada en los actos prohibidos, o por cualquier otra razón no puedo contactar a una persona en mi Empresa Cliente, acepto ponerme en contacto con el Departamento de Recursos Humanos de La OEP al [941.677.0110](tel:941.677.0110). Entiendo que La OEP no controla directamente el lugar de trabajo en mi Empresa Cliente y no está en condiciones de eliminar o remediar cualquier discriminación, acoso o represalia que pueda ocurrir, y que La OEP intentará promover una solución; la responsabilidad de responder a ese tipo de conducta inapropiada es de mi Empresa Cliente.
- Acuerdo Sobre Falta de Pago de la Empresa Cliente a La OEP.** Entiendo y acepto que, si bien se me asigna a mi Empresa Cliente y soy un empleado contratado de La OEP, si La OEP no recibe el pago de la Empresa Cliente por los servicios que realizo como empleado subcontratado, La OEP igualmente me pagará el salario mínimo aplicable (o el salario legal mínimo requerido o el pago de horas extras) por el período de pago correspondiente. Entiendo que la Empresa Cliente a la que estoy asignado permanece obligada a pagarme mi tarifa regular por hora si soy un empleado no exento y a pagarme mi salario completo si soy un empleado exento, aun si la Empresa Cliente no le paga a La OEP.
- Acuerdo de Lugar de Trabajo Libre de Drogas y Alcohol.** Entiendo y acepto que La OEP prohíbe la posesión ilegal, el consumo, la distribución y el uso no autorizado de alcohol y drogas ilegales o de procedencia ilícita en el lugar de trabajo o mientras se trabaja en cualquier otro lugar. Entiendo y acepto que a los empleados no se les permite trabajar bajo la influencia de alcohol o drogas. Entiendo y acepto que se me puede requerir ser sometido a pruebas de drogas y/o alcohol de acuerdo con la política de la OEP, incluyendo pruebas post-accidente o lesión y por sospecha razonable. Entiendo que la violación de esta política, incluyendo mi negativa a cooperar con los procedimientos de prueba, puede resultar en el despido inmediato.
- Acuerdo sobre Lesiones en el Lugar de Trabajo.** Acepto específicamente se me realicen pruebas post-accidente de detección de drogas/alcohol en relación a cualquier lesión de trabajo, independientemente de si estoy en condiciones de dar mi consentimiento en ese momento. Esta autorización o una fotocopia de la misma expresa mi autoridad y consentimiento para someterme a una prueba de detección de drogas/alcohol después de un accidente en todos los casos. Cumpliré con las disposiciones del Estatuto de Florida 440 en lo relativo a los pedidos de beneficios de compensación al trabajador. Si proveo información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación al trabajador, éstos me pueden ser negados.
- Acuerdo de Período Inicial.** Todos los nuevos empleados (ya sea a tiempo completo o parcial) se encuentran en estado inicial durante sus primeros 90 días de empleo. En cualquier momento durante este período, ya sea usted o su co-empleador puede decidir terminar su empleo por cualquier motivo permitido por la ley. El completar el período inicial no dará lugar a ningún contrato de empleo por ningún plazo determinado, ni conferirá ningún derecho de empleo adicional a ningún empleado.
- Acuerdos Existentes.** Entiendo y acepto que mi co-empleo con La OEP de ninguna manera altera, enmienda ni disminuye ningún acuerdo contractual con mi Empresa Cliente en relación con los términos de mi empleo o con cualquier acuerdo de compensación, no competencia, no captación, o confidencialidad y que dichos acuerdos no se verán afectados por el acuerdo con La OEP. Mis obligaciones y las obligaciones de mi Empresa Cliente permanecen intactas.

Fecha: _____

Nombre del Empleado en Imprenta _____

Firma del Empleado: _____

Formulario W-4(SP) (2016)

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

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2016 vence el 15 de febrero de 2017. Vea la Pub. 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Excepciones. Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
- Está ciego o
- Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos.

Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Pub. 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2016. Vea la Pub. 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/formw4sp.

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

| | | |
|----------|--|----------------|
| A | Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente | A _____ |
| B | Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. | B _____ |
| C | Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja) | C _____ |
| D | Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos | D _____ |
| E | Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente) | E _____ |
| F | Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito | F _____ |
| G | Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces menos "1" si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos | G _____ |
| H | Sume las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos) | H _____ |
| | Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. <ul style="list-style-type: none"> • Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2. • Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos. • Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H. | |

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

| | | |
|--|---|--|
| Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service | <h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p> | OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2016</h1> |
| 1 Su primer nombre e inicial del segundo | Apellido | 2 Su número de Seguro Social |
| Dirección (número de casa y calle o ruta rural) | | 3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero". |
| Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) | | 4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/> |
| 5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2) | 5 | 6 \$ |
| 7 Reclamo exención de la retención para 2016 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) 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 ► | | |
| 8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS). | 9 Código de oficina (opcional) | 10 Número de identificación patronal (EIN) |

SECCIÓN 4– CUESTIONARIO DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

ESTE CUESTIONARIO NO DEBERÁ COMPLETARSE A MENOS QUE EL SOLICITANTE HAYA ACEPTADO UNA OFERTA CONDICIONAL DE EMPLEO Y NO HAYA COMENZADO A TRABAJAR.

Empresa Cliente: _____

Nombre del Empleado: _____

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA COMPLETAR ESTA PÁGINA:

Leyes estatales y federales aplicables prohíben la discriminación basada en la discapacidad o en la presentación previa de un pedido de compensación al trabajador o en el goce de una licencia médica a la que Ud. tenía derecho.

Por favor complete las preguntas en esta página en lo que respecta a su capacidad para realizar las funciones esenciales del trabajo para el cual Ud. está siendo contratado o para el cual fue contratado antes de unirse a WELCO ONE, LLC.

No es necesario incluir información de salud que no está relacionada con su empleo y su trabajo en particular o que no afecta a su capacidad para realizar su trabajo o uno similar.

| | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguna vez recibió tratamiento por una lesión en la cabeza o una afección en la espalda, cuello o rodilla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Actualmente sufre o alguna vez sufrió achaques o dolores de espalda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez se sometió a una cirugía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna lesión o enfermedad le ha impedido tener un empleo remunerado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Alguna vez sufrió una lesión en el trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez recibió una valoración de discapacidad por algún motivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez recibió compensación o beneficios médicos bajo la compensación al trabajador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Posee alguna(s) limitación(es) que pueda(n) afectar su capacidad para realizar en forma segura y efectiva el trabajo que se le ha ofrecido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explique extensamente cualquier respuesta Sí (usando papel adicional de ser necesario) _____

He sido plenamente informado de que si me lesiono en el trabajo, independientemente de cuán insignificante pueda parecer la lesión, informaré de dicha lesión inmediatamente a mi Supervisor. WELCO ONE, LLC. debe presentar un Aviso de Lesión a la aseguradora dentro de los siete (7) días, según lo exige la ley.

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que cualquier respuesta falsa o engañosa a estas preguntas será motivo suficiente para la denegación de beneficios y causal de despido. También entiendo que mis respuestas pueden ser verificadas a través de una investigación.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 5- INFORMACIÓN DE IOE

COMPLETADO POR EL EMPLEADO VOLUNTARIAMENTE O POR EL EMPLEADOR A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN

Nombre del Empleado _____

Agencias gubernamentales como la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo de Estados Unidos requieren que ciertos empleadores mantengan información relacionada con sus prácticas de contratación y empleo de las personas protegidas por las leyes contra la discriminación. Si Ud. completa voluntariamente esta sección nos ayudará a cumplir con nuestro requerimiento de informar. Adherimos a una política de brindar igualdad de oportunidades laborales sin distinción de raza, color, sexo, religión, nacionalidad de origen, edad, incapacidad/discapacidad, estado civil o cualquier otra clasificación protegida por la ley federal, estatal o local aplicable.

Si el empleado se niega a identificarse a sí mismo, la identificación **DEBE** ser realizada por el empleador u observador.

EMPLEADO Llena sobre IOE: El empleado prefiere no participar en esta encuesta

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Sexo: Masculino Femenino

Etnicidad: Blanco Negro/Afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Asiático
 Hispano/Latino Indio Americano o Nativo de Alaska Dos o más razas

EMPLEADOR Llena sobre IOE:

Esta información se completa con base en la observación de _____
Gerente Fecha

EMPLEADOR—Por favor seleccione una Categoría Laboral (si necesita ayuda para determinar la categoría adecuada, por favor contáctese con Worksite Employee Leasing o visite el sitio web de la CIOE en <http://www.eeoc.gov/employers/eeo1survey/jobclassguide.cfm> para orientarse).

Ejecutivo/Alto Funcionario Gerente Profesional Técnico Empleado de Ventas
 Soporte Administrativo Artesano Operador Peón o Ayudante Empleado de Servicios

SECCIÓN 6 - DETALLES DE PAGO DEL EMPLEADO - A COMPLETAR POR EL SUPERVISOR/GERENTE

Empresa Cliente: _____

Domicilio del Cliente (de haber): _____ Nombre o Número de Departamento (de haber): _____

Fecha Original de Contratación: _____ Nombre del Puesto: _____

Código de Clase de Comp. al Trabajador: _____ Identificación del Trabajador (de haber): _____

Si no está seguro del Código de Clase correcto, por favor contacte a su Especialista de Nómina de Pago para obtener ayuda.

Clasific. del Empleado

Ciclo de Pago: Semanal Bimensual Quincenal Mensual
Tipo de Pago: Tiempo Completo Tiempo Parcial

Si necesita ayuda para determinar la clasificación correcta de un empleado como Exento o No-Exento, por favor contacte a su Especialista en Nómina de Pagos en Worksite Employee Leasing.

oExento o Por hora o Salario

Tarifa de Pago \$ _____ por _____

oNo-Exento o Por hora o Salario (Igualmente se Deben Mantener Registros de Horarios)

Tarifa de Pago \$ _____ por _____

Empleado con Propinas: o No o Sí

Pago por Cambio de Turno: o No o Sí Tarifa de Pago \$ _____ por _____

A Destajo: o No o Sí Tarifa de Pago \$ _____ por _____

Comisiones: o No o Sí Tarifa de Pago \$ _____ por _____

Otros: _____

Supervisor, Gerente o

Representante Autorizado _____ Firma Fecha

Puesto: _____