



STAFFING & PAYROLL ALTERNATIVE, INC

118 E Dallas Street
Canton, Texas 75103

ACEPTACIÓN DE EMPLEO

NOMBRE DEL EMPLEADO (Letra de Molde) _____

DOMICILIO _____ #SS _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____ TEL. _____

EN CASO DE EMERGENCIA FAVOR DE CONTACTAR A:

NOMBRE _____ TEL. _____

RELACIÓN _____

Entiendo que soy un empleado alquilado y que esta aceptación no pretende implicar un contrato de empleo.

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

A SER LLENADO POR EL SUPERVISOR

NOMBRE DEL CLIENTE _____

DE EMPLEADO _____ FECHA DE CONTR. _____ TARIFA DE PAGO _____

CÓDIGO DE TRABAJO: ____Tiempo Completo ____Medio Tiempo ____Temporal ____Estacional
____Otro

DEPARTAMENTO _____ DIVISIÓN # _____ CÓDIGO DE CLASE COMP _____

PUESTO _____

CICLO DE PAGO ____semanal ____catorcenal ____quincenal ____ mensual

FIRMA AUTORIZADA DEL SUPERVISOR

FECHA

STAFFING & PAYROLL ALTERNATIVE, INC es un PATRÓN CON OPORTUNIDAD IGUALITARIA DE EMPLEO

Para ayudarnos a cumplir con los requerimientos de registro del gobierno, agradeceremos que llene la siguiente información. Usted no está obligado a brindar esta información. Si elige no proporcionar la información, su decisión no afectará su solicitud. Estos datos son mantenidos confidencialmente y sólo serán utilizados de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: __ M __ F

VETERANO DE VIETNAM: __Sí__ No DISCAPACITADO: __Sí__ No

CÓDIGO ÉTNICO ____Blanco ____Negro ____Hispano
____Indígena Americano, Nativo de Alaska ____ Asiático, Isleño del Pacífico

STAFFING & PAYROLL ALTERNATIVE, INC

118 E Dallas Street
Canton, Texas 75103

DECLARACIÓN DE LA COMPAÑÍA SOBRE: DROGAS ILEGALES, BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ARMAS DE FUEGO Y OTRAS ARMAS

La política de nuestra es mantener un ambiente de trabajo que sea seguro para todos los empleados y que contribuya a lograr altos estándares de trabajo. Como parte de esta política no se permiten dentro de la propiedad de la compañía: drogas ilegales, accesorios para droga relacionados, bebidas intoxicantes, armas de fuego u otras armas, incluyendo las oficinas o ubicaciones de trabajo de la compañía, o en los vehículos de la compañía, en todo momento o en los vehículos de los empleados mientras que tales vehículos estén ubicados en la propiedad de la compañía (incluyendo estacionamientos, cocheras, etc.) o mientras tales vehículos están siendo usados por el empleado en negocios de la compañía. Además, ningún empleado deberá presentarse a trabajar bajo la influencia de drogas ilegales, ni de inhalantes y/o bebidas intoxicantes.

Quedan prohibidos la manufactura, distribución, dispensación, presencia o uso de sustancias controladas dentro o al rededor de la propiedad de la Compañía que incluye cualquier vehículo de la Compañía o vehículos de los empleados usados total o parcialmente en el curso del empleo por parte de la Compañía. Los empleados que violen esta política serán disciplinados, incluso con el despido, y podrán ser sujetos a investigación o cargos criminales. Como una precaución más, la entrada a cualquier vehículo, oficina u otra ubicación de trabajo de la Compañía será condicionada bajo el derecho de la Compañía de inspeccionar a la persona y sus efectos personales de cualquier individuo que desee entrar, buscando drogas ilegales, inhalantes, bebidas intoxicantes, armas de fuego u otras armas.

La política de Staffing & Payroll Alternative, Inc. es proteger la salud y seguridad de nuestros empleados identificando y retirando los efectos adversos de las bebidas intoxicantes, inhalantes y/o drogas en el desempeño del trabajo y en el ambiente de trabajo en general. Bajo las siguientes circunstancias serán realizados exámenes de orina, aliento, cabello, sangre y/o saliva para determinar el uso de bebidas intoxicantes, inhalantes, drogas y otras sustancias controladas:

Verificación de Drogas Posterior a un Accidente – al momento del tratamiento médico principal cuando un empleado esté involucrado en una lesión corporal accidental o enfermedad que resulte de u ocurra en el transcurso del empleo con Staffing and Payroll Alternative, Inc.

Ninguna parte de esta política pretende afectar el derecho de la Compañía de administrar su lugar de trabajo o establecer términos y condiciones de empleo. La Compañía se reserva el derecho de alterar o modificar esta política en cualquier momento a su sola discreción. Las violaciones a esta política o rehusarse a someterse a una inspección serán causas de acción disciplinaria incluyendo el despido inmediato. Al firmar, usted acepta que entiende esta política y está de acuerdo en cumplir con las políticas y procedimientos establecidos.

Puede ocurrir un examen adicional para detección de alcohol y/o drogas conforme se autoriza por la política de Drogas y Alcohol de Staffing & Payroll Alternative, Inc. Rehusarse a cooperar o a consentir un examen para detección de drogas y alcohol, o resultados positivos en una revisión de alcohol y drogas puede ocasionar acciones disciplinarias e incluyendo el despido de su empleo con Staffing & Payroll Alternative, Inc.

Doy mi consentimiento de que sea dado a conocer el examen de detección de drogas autorizando a los representantes de Staffing & Payroll Alternative, Inc. para una revisión apropiada. Exonero y acepto no inculpar a Staffing & Payroll Alternative, Inc. ni a sus empleados ni a sus agentes por la responsabilidad de incluir cualquier responsabilidad que resulte de negligencia, a mí basados en los resultados del examen de detección de drogas.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____

FECHA: _____

UNA ORGANIZACIÓN DE EMPLEADOS PROFESIONALES
STAFFING & PAYROLL ALTERNATIVE, INC
118 E Dallas Street
Canton, Texas 75103

TELÉFONO: (903) 567-4500
LLAME SIN COSTO: (888) 813-8830
FAX: (903) 567-0468
FAX SIN COSTO: (903) 567-2079

EMPLEO “A VOLUNTAD”

Con el objetivo de que todo el personal entienda las políticas generales de Staffing & Payroll Alternative, Inc. (de aquí en adelante nombrado como SPA) las siguientes directrices deberán ser leídas y aceptadas. En el caso que alguna política no sea cubierta, la gerencia de SPA y nuestra Compañía Cliente llegará a una decisión y determinará qué disciplina será requerida para las violaciones particulares. SPA también se reserva el derecho de alterar cualquier política si así lo desea.

DISCIPLINA

La implementación de esta política o procedimiento no debe interpretarse como que previene, limita o demora a la compañía de tomar acción disciplinaria, incluyendo el despido inmediato en circunstancias donde la compañía considere tal acción apropiada.

No hay nada en esta política que tenga el propósito de alterar la condición de "A VOLUNTAD" de la relación de cada empleado con la compañía. Cualquiera de las partes: el empleado o la compañía, pueden dar por terminada la relación laboral en cualquier momento, con o sin notificación previa. La compañía también se reserva su derecho de dar por terminada cualquier relación laboral sin recurrir a los procedimientos disciplinarios establecidos abajo.

Una acción disciplinaria será iniciada en los casos de violación a las reglas y/o estándares de comportamiento de la Compañía. Abajo se enumeran algunas de las reglas, reglamentos o categorías de conducta. Esta lista no debe ser considerada como que incluye todo o como limitativa en ninguna forma del derecho de la Compañía de dar por terminado el empleo. Los tipos de comportamiento y conducta que la Compañía considera inapropiados incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

CATEGORÍA A

- 1. Robo u otros actos de deshonestidad**
- 2. Falsificación de los registros de la compañía, incluyendo la solicitud de empleo**
- 3. Ausencias sin razón (tres o más dentro de un periodo de seis meses)**
- 4. Insubordinación o desobediencia flagrante a cualquier miembro de la gerencia**
- 5. Presentarse a trabajar bajo la influencia de cualquier intoxicante y/o droga**
- 6. Usar o consumir cualquier intoxicante y/o droga durante horas de trabajo**
- 7. Posesión de intoxicantes y/o drogas en el trabajo**
- 8. Asaltar, intimidar, amenazar ó coaccionar a cualquier miembro de la gerencia, compañeros empleados, o clientes**
- 9. Cometer algún delito**
- 10. Revelar información confidencial de la compañía sin el consentimiento expreso por escrito de la compañía**

Instrucciones

Lea atentamente todas las instrucciones antes de cumplimentar este formulario.

Aviso en contra de la discriminación. Se considera ilegal discriminar a cualquier persona (exceptuando a los extranjeros que no estén autorizados a trabajar en los Estados Unidos) en la contratación, el despido, el reclutamiento o el establecimiento de unos honorarios por motivos de nacionalidad o de estatus de ciudadanía. Se considera ilegal discriminar a aquellas personas con autorización para trabajar en los Estados Unidos. Los empresarios **NO PUEDEN** especificar qué documento(s) aceptarán de un empleado. El rechazo a la contratación de una persona debido a la proximidad de la fecha de expiración de algunos de los documentos que presenta puede constituir también una discriminación considerada como ilegal. Para más información, le rogamos que llame a la Oficina de Asesoramiento Especial sobre Prácticas Improcedentes en el Empleo de Inmigrantes al 1-800-255-8155.

¿Cuál es la finalidad de este formulario?

Este documento tiene como finalidad certificar que cada nuevo empleado (ya sea ciudadano o no) que haya sido contratado con posterioridad al 6 de noviembre de 1986 está autorizado a trabajar en los Estados Unidos.

¿Cuándo se debe usar el formulario I-9?

Todos los empleados (ciudadanos o no) que hayan sido contratados con posterioridad al 6 de noviembre de 1986 y que trabajen en los Estados Unidos deben cumplimentar el formulario I-9.

Cumplimentación del formulario I-9

Sección 1, Empleado

Esta parte del formulario debe ser cumplimentada antes del momento de la contratación, que corresponde al momento exacto en el que comienza a desempeñar el empleo. La inclusión del número del Seguro Social es opcional, salvo en el caso de empleados contratados por empresarios que participan en el USCIS Electronic Employment Eligibility Verification Program (E-Verify) [Programa electrónico USCIS para la Verificación de elegibilidad para el empleo]. **Es responsabilidad del empresario asegurarse de que la Sección 1 se cumplimente en tiempo y forma adecuados.**

Los nacionales no ciudadanos de los Estados Unidos son las personas nacidas en la Samoa Americana, ciertos ciudadanos antiguos del Territorio en Fideicomiso de las islas del Pacífico y algunos niños nacidos en el extranjero de nacionales no ciudadanos.

Los empresarios deberán tener en cuenta la fecha de expiración del permiso de trabajo (si existe) que figura en la Sección 1. En el caso de empleados que indiquen una fecha de expiración del permiso de trabajo en la Sección 1, los empresarios deberán volver a verificar el permiso de trabajo en la fecha indicada o con anterioridad a ella. Los empleados extranjeros (p.ej., aquellos que están en régimen de asilo, los refugiados y algunos ciudadanos de los Estados Federales de Micronesia o de la República de las Islas Marshall) cuyo permiso de trabajo no expire podrán dejar la fecha de expiración en blanco. En el caso de dichos empleados, no se procederá a efectuar una nueva verificación, a menos que decidan

presentar en la Sección 2 una prueba del permiso de trabajo que contenga una fecha de expiración (p.ej. el Permiso de empleo (formulario I-766).

Certificación del redactor/traductor

La certificación del redactor/traductor deberá ser cumplimentada si la Sección 1 ha sido redactada por una persona distinta al empleado. Sólo se recurrirá a un redactor/traductor cuando el empleado no sea capaz de cumplimentar la Sección 1 por sí mismo. No obstante, el empleado deberá firmar en todo caso la Sección 1 personalmente.

Sección 2, Empresario

En relación con la cumplimentación del presente formulario, el término "empresario" designa a todos los empleadores, incluidos los reclutadores y referentes de pago que sean asociaciones agrícolas, empleadores agrícolas o contratistas de trabajo agrícola. Los empresarios deberán cumplimentar la Sección 2 examinando las pruebas de identidad y el permiso de trabajo en el plazo de tres días laborables a contar desde la fecha de inicio de la actividad laboral. No obstante, si un empresario contrata a una persona por un periodo inferior a tres días laborables, la Sección 2 deberá cumplimentarse en la fecha en que se inicie la actividad laboral. Los empresarios no podrán especificar qué documento(s) enumerado(s) en la última página del formulario I-9 deben presentar los empleados para determinar su identidad y la validez de su permiso de empleo. Los empleados podrán presentar cualquier documento de la Lista A O una combinación de los documentos de la Lista B y de la Lista C.

En caso de que un empleado no pueda presentar uno de los documentos requeridos (o varios de ellos), el empleado deberá presentar un recibo aceptable en lugar de uno de los documentos enumerados en la última página de este formulario. No se aceptarán los recibos justificativos de la solicitud para la concesión inicial de un permiso de trabajo o para la renovación de un permiso de trabajo. Los empleados deberán presentar los recibos en el plazo de tres días a contar desde la fecha de inicio del empleo y asimismo deberán presentar los documentos sustitutivos válidos en el plazo de 90 días o en el que se establezca al efecto.

Los empresarios deberán incluir en la Sección 2:

1. El título del documento;
2. La autoridad que lo expide;
3. El número del documento;
4. La fecha de expiración, en caso de que exista; y
5. La fecha de inicio del empleo.

Los empresarios deberán firmar y fechar el certificado en la Sección 2. Los empleados deberán presentar los documentos originales. Los empresarios podrán, sin estar obligados a ello, presentar una fotocopia del o de los documento(s). En caso de que se realicen fotocopias, éstas deberán efectuarse de nuevo cuando se realice una nueva contratación. Las fotocopias sólo se utilizarán para el proceso de verificación y deberán conservarse junto al formulario I-9. **Los empresarios siguen siendo responsables de la cumplimentación y de la conservación del formulario I-9.**

Para cualquier información complementaria puede consultar el *Manual para empresarios de USCIS* (formulario M-274). Para obtener dicho manual recurra a la información de contacto que encontrará bajo el título "Formularios e información de USCIS"

Sección 3, Actualización y nueva verificación

Los empresarios deberán cumplimentar la Sección 3 cuando actualicen o verifiquen de nuevo el formulario I-9. Los empresarios deberán volver a verificar el permiso de sus empleados antes o en la fecha de expiración del permiso de trabajo que figura en la Sección 1 (si existe). Los empresarios **NO PODRÁN** especificar qué documento(s) aceptará(n) de un empleado.

- A. En caso de que un empleado haya cambiado de nombre en el momento en que el presente formulario es actualizado o es objeto de una nueva verificación, cumplimente el Bloque A.
- B. En caso de que un empleado vuelva a ser contratado en el plazo de tres años a contar desde la fecha en que se cumplimentó originariamente este formulario y de que el empleado siga estando autorizado a trabajar de acuerdo con las bases previamente indicadas en este formulario (actualización), cumplimente el Bloque B y el bloque de firma.
- C. En caso de que un empleado vuelva a ser contratado en el plazo de tres años a contar desde la fecha en que se cumplimentó originariamente este formulario y de que el permiso de trabajo del empleado haya expirado o en caso de que el permiso de trabajo de un empleado esté a punto de expirar (nueva verificación), cumplimente el Bloque B; y:
 1. Examine cualquier documento que pruebe que el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos (ver Lista A o C);
 2. Indique el título del documento, el número del documento y la fecha de expiración (si existe) en el Bloque C; y
 3. Cumplimente el bloque de firma.

Tenga en cuenta que, a la hora de proceder a una nueva verificación, los empresarios pueden optar por cumplimentar un nuevo formulario I-9 en lugar de cumplimentar la Sección 3.

¿Qué es la tarifa de cumplimentación?

La cumplimentación del formulario I-9 no conlleva el pago de una tarifa. Este formulario no se cumplimenta en colaboración con USCIS o con cualquier otra agencia gubernamental. El empresario deberá conservar el formulario I-9 y facilitarlo a los inspectores del gobierno estadounidense tal y como establece la nota sobre la Ley de Privacidad que figura más abajo.

Formularios e información de USCIS

Para obtener los formularios USCIS puede descargarlos de nuestra página web www.uscis.gov/forms o llamar libre de cargo al 1-800-870-3676. Puede obtener información sobre el formulario I-9 en nuestra página web www.uscis.gov o llamando al 1-888-464-4218.

Para obtener información sobre E-Verify, un programa gratuito y voluntario que permite a los empresarios que participan en él verificar electrónicamente la elegibilidad para el empleo de los empleados que acaban de contratar, consulte nuestra página web www.uscis.gov/e-verify o llame al 1-888-464- 4218.

La información general sobre las leyes, los reglamentos y los procedimientos de inmigración se puede obtener llamando a nuestro Centro Nacional de Servicio al Cliente al 1-800-375-5283 o visitando nuestra página web www.uscis.gov.

Fotocopia y conservación del formulario I-9

Es posible fotocopiar un formulario I-9 en blanco siempre y cuando se reproduzca por ambos lados. Las instrucciones deben estar a disposición de todos los empleados que cumplimenten este formulario. Los empresarios deberán conservar el formulario I-9 cumplimentado durante tres años a contar desde la fecha de contratación o un año después de que finalice el empleo, el que ocurra más tarde.

El formulario I-9 deberá ser firmado y conservado electrónicamente, tal y como ha sido autorizado por las normas del Departamento de Seguridad Nacional en 8 CFR 274a.2.

Aviso sobre la Ley de Privacidad

La recopilación de esta información deberá respetar la Ley de Reforma y Control de la Inmigración de 1986, Pub. L.99-603 (8 USC 1324a).

Esta información está destinada a los empresarios que verifican la elegibilidad de las personas para el empleo a fin de evitar la contratación improcedente, o el reclutamiento o la referencia a un honorario, de extranjeros que no están autorizados a trabajar en los Estados Unidos.

Los empresarios utilizarán esta información como base para establecer la elegibilidad de un empleado que deba trabajar en los Estados Unidos. El empresario deberá conservar el formulario y facilitarlo a los inspectores autorizados del Departamento de Seguridad Nacional, del Departamento de Trabajo y de la Oficina de Asesoramiento Especial sobre Prácticas Improcedentes de Empleo Relacionadas con la Inmigración.

La presentación de la información requerida en este formulario es voluntaria. No obstante, la cumplimentación de este formulario es un requisito indispensable para poder empezar a trabajar, ya que los empresarios podrán ser objeto de penas civiles o criminales en caso de que incumplan la Ley de Reforma y Control de la Inmigración de 1986.

Ley para la Reducción de la Tramitación Administrativa

Una agencia no podrá llevar a cabo o patrocinar la recopilación de información y las personas no estarán obligadas a responder a una solicitud de información a menos que ello se efectúe sobre la base de un número válido de control OMB en vigor. El tiempo necesario para cumplimentar esta notificación pública de recopilación de información se estima en 12 minutos por respuesta, que incluye el tiempo necesario para leer las instrucciones y para cumplimentar y presentar el formulario. Le rogamos que remita los comentarios sobre el tiempo necesario estimado o sobre cualquier otro aspecto concerniente a esta recopilación de información, lo que incluye sus sugerencias para reducir el tiempo necesario, a: U.S. Citizenship and Immigration Services, Regulatory Management Division, 111 Massachusetts Avenue, N.W., 3rd Floor, Suite 3008, Washington, DC 20529-2210. OMB No. 1615-0047. **No remita su formulario I-9 debidamente cumplimentado a esta dirección.**

Lea atentamente las instrucciones antes de cumplimentar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles durante la cumplimentación de este formulario.

AVISO DE ANTIDISCRIMINACIÓN: Se considera ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empresarios **NO PUEDEN** especificar qué documento(s) aceptarán de un empleado. El rechazo a la contratación de una persona debido a la existencia de una fecha futura de expiración en los documentos que ésta presenta puede constituir también una discriminación ilegal.

Sección 1. Información y verificación sobre el empleado (El empleado deberá cumplimentarla y firmarla en el momento en que inicie el empleo.)

Nombre en letra de imprenta:	Apellido	Inicial	Apellido de Soltera
Dirección (Nombre y Número de la Calle)		Apartamento núm.	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Ciudad	Estado	Código Postal	Seguro Social núm.

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declarar en falso o por utilizar documentos falsos durante la cumplimentación de este formulario.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy (verificar una de las siguientes posibilidades):

- Un ciudadano de los Estados Unidos
- Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (ver instrucciones)
- Un residente legítimo y permanente (núm. de extranjero) _____
- Un extranjero autorizado a trabajar (núm. de extranjero o núm. de admisión) _____ hasta (fecha de expiración, en caso de corresponder- mes/día/año)

Firma del empleado	Fecha (mes/día/año)
--------------------	---------------------

Certificado del redactor y/o traductor (A cumplimentarse y firmarse en caso de que la Sección 1 sea redactada por una persona distinta al empleado). Declaro, bajo pena de perjurio, que he presenciado la cumplimentación de este formulario y que, a mi leal saber y entender, la información indicada es cierta y correcta.

Firma del Redactor/Traductor	Nombre en letra de imprenta
------------------------------	-----------------------------

Dirección (Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Fecha (mes/día/año)
------------------------------------------------------------------------	---------------------

Sección 2. Revisión y verificación del empresario (Deber cumplimentarse y firmarse por el empresario. Examine un documento de la Lista A O examine un documento de la Lista B y uno de la Lista C, tal y como aparecen enumerados en el reverso de este formulario, e indique el título, el número y la fecha de expiración, si existe, del documento o de los documentos.

Lista A	O	Lista B	Y	Lista C
El título del documento: _____		_____	_____	_____
La autoridad que lo expide: _____		_____	_____	_____
Documento núm.: _____		_____	_____	_____
Fecha de expiración (si existe): _____		_____	_____	_____
Documento núm.: _____		_____	_____	_____
Fecha de expiración (si existe): _____	_____	_____	_____	_____

CERTIFICACIÓN: Declaro, bajo pena de perjurio, que he examinado el documento o los documentos presentado(s) por el empleado arriba mencionado, que el documento o los documentos arriba enumerado(s) parece(n) ser auténtico(s) y estar relacionado(s) con dicho empleado, que el empleado en cuestión empezará a trabajar el (mes/día/año) _____ y que a mi leal saber y entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos. (Las agencias estatales de empleo pueden omitir la fecha en que el empleado empieza a trabajar).

Firma del Empresario o de su Representante Autorizado	Nombre en letra de imprenta	Cargo
Nombre y Dirección de la Empresa u Organización (Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Fecha (mes/día/año)

Sección 3. Actualización y nueva verificación (Debe cumplimentarse y firmarse por el empresario.)

A. Nuevo nombre (en caso de que sea aplicable)	B. Fecha de la nueva contratación (mes/día/año) (en caso de que sea aplicable)
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

C. En caso de que el anterior permiso de trabajo haya expirado, indicar a continuación la información relativa al actual permiso de empleo.

El título del documento:	Documento núm.:	Fecha de expiración (si existe):
--------------------------	-----------------	----------------------------------

Declaro, bajo pena de perjurio, que a mi leal saber y entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y que el documento o los documentos que ha presentado y el documento o los documentos que he examinado parece(n) ser auténtico(s) y estar relacionado(s) con la persona en cuestión.

Firma del empresario o de su representante autorizado	Fecha (mes/día/año)
-------------------------------------------------------	---------------------

LISTA DE LOS DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar en vigencia

LISTA A

Los documentos que establecen tanto la identidad como el permiso de empleo

LISTA B

Los documentos que establecen la identidad

LISTA C

Los documentos que establecen el permiso de empleo

	O	Y
1. Un pasaporte estadounidense o una tarjeta de pasaporte estadounidense	1. Un permiso de conducir o una tarjeta de identidad expedida por un estado o por un territorio extranjero de los Estados Unidos siempre y cuando incluya una fotografía o información como el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo, la altura, el color de los ojos y la dirección	1. Una tarjeta con el número de cuenta del Seguro Social diferente de la que específica en su anverso que la mera expedición de la tarjeta no autoriza el empleo en los Estados Unidos
2. Una tarjeta de residencia permanente o una tarjeta que certifique el registro como extranjero (formulario I-551)		
3. Un pasaporte extranjero con el sello provisional I-551 o la anotación provisional I-551 impresa sobre un visado de inmigración legible con una máquina	2. Una tarjeta de identidad expedida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales y locales siempre y cuando incluya una fotografía o información como el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo, la altura, el color de los ojos y la dirección	2. El certificado de nacimiento en el extranjero expedido por el Departamento de Estado (formulario FS-545)
4. Un permiso de trabajo con fotografía (formulario-766)	3. La tarjeta de identidad escolar con una fotografía	3. El certificado de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (formulario DS-1350)
	4. La tarjeta del censo electoral	
5. En caso de que se trate de un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar en una situación especial para un empresario, un pasaporte extranjero junto al formulario I-94 o al formulario I-94A en el que figure el mismo nombre que en el pasaporte y la aprobación del estatus del extranjero no inmigrante, siempre y cuando el periodo de dicha aprobación no haya expirado y el empleo propuesto no entre en conflicto con ninguna de las restricciones o limitaciones establecidas en el formulario	5. Una cartilla militar estadounidense o un documento de reclutamiento	4. El original o una copia certificada del certificado de nacimiento expedido por un estado, un condado, una autoridad municipal o cualquier territorio de los Estados Unidos que disponga de sello oficial
	6. La tarjeta de identidad de los empleados militares	
	7. La tarjeta de los guardacostas de la marina mercante estadounidense	5. El documento de pertenencia a una tribu nativa americana
	8. El documento de pertenencia a una tribu nativa americana	6. Una tarjeta de identidad estadounidense (formulario I-197)
	9. Un permiso de conducir expedido por una autoridad gubernamental canadiense	
6. Un pasaporte de los Estados Federales de Micronesia (Federated States of Micronesia, FSM) o de la República de las Islas Marshall (Republic of the Marshall Islands, RMI) con el formulario I-94 o el formulario I-94A indicando la admisión de no inmigrante en el pacto de libre asociación existente entre los Estados Unidos y FSM o RMI	En caso de personas menores de 18 años que no pueden presentar uno de los documentos enumerados previamente:	7. La tarjeta de identidad que deben usar los ciudadanos residentes en los Estados Unidos (formulario I-179)
	10. Un documento escolar o una boleta de calificaciones	8. Un permiso de trabajo expedido por el Departamento de Seguridad Nacional
	11. Un documento de la clínica, del médico o del hospital	
	12. Un documento de la guardería o del jardín de infancia	

En la parte 8 del Manual para empresarios (M-274) encontrará ejemplos de muchos de estos documentos

1. NO. DE CONTROL (Para Uso Agencia Solamente)	Información Individual	OMB Control No.: 1205-0371
3. NOMBRE/DIRECCION PATRONO:		2. FECHA EN QUE FORMA FUE RECIBIDA: (Para Uso Agencia Solamente)
7. SU NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial)	4. NUMERO ID DEL PATRONO: 6. Ha trabajado anteriormente para este patrono? Si ____ No ____	5. FECHA COMENZO EMPLEO: Salario: \$ _____ por hora OCUPACION:
Se ha determinado que este individuo posee los siguientes requisitos para Certificacion dentro de los grupos bajo el programa WOTC		8. NUMERO SEGURO SOCIAL:

9. Edad entre 16 - 25? Si ____ No ____ Si contesta "Si" indique "Fecha de Nacimiento" Fecha de Nacimiento:	10. Soy veterano y miembro de una familia que recibio Cupones de Alimentos por un periodo de 3 meses en los ultimos 15 meses. Si ____ No ____ Si contesta "Si" complete encasillado no. 17.	11. Soy miembro de una familia que recibio beneficios AFDC (TANF) durante 9 meses en los ultimos 18 meses. Si ____ No ____ Si contesta "Si" complete encasillado no. 17.
12. Soy miembro de una familia que recibio Cupones de Alimentos durante los ultimos 6 meses. Si ____ No ____ o Por lo menos durante un periodo de 3 meses en los ultimos 5 meses, PERO ya no los recibo. Si ____ No ____ Si contesta "Si" complete encasillado no. 17.	13. En el pasado año he sido convicto for un delito o sali libre de la prision despues de ser convicto por un delito. Si ____ No ____ Si contesto "Si", complete lo siguiente: Fecha de Conviccion _____ Fecha Libertad _____ Ingreso Total durante los ultimos 6 meses por todos los familiares viviendo en la misma casa. Ingreso Total: _____ (Si no tuvo ingresos, escriba 0 arriba) No. de familiares viviendo en la misma casa durante los ultimos 6 meses, incluyendolo a Ud: _____	14. Vivo y pienso continuar viviendo en una Zona o Comunidad Federal Clasificada Empowerment Zone, Enterprise Community, Renewal Community. Si ____ No ____ Nota: No Aplica en Puerto Rico o Islas Virgenes.
15. Estoy recibiendo o he recibido Servicios de Rehabilitacion atraves de una agencia estatal de Servicios de Rehabilitacion Vocacional o de la Administracion de Veteranos. Si ____ No ____		16. Recibi beneficios de " Supplemental Security Income (SSI) " durante cualquier mes en los ultimos 60 dias. Si ____ No ____ 17. Si Usted no es el principal beneficiario de estos servicios/ayuda Federal, por favor indique la siguiente informacion: _____ Nombre del Beneficiario Principal _____ Pueblo Donde Recibe Beneficios

Para ser completada por individuos que comenzaron a trabajar despues de Diciembre 31, 1997, bajo the Welfare-to-Work Tax Credit solamente.

18. Soy miembro de una familia que:

- recibio pagos de AFDC o TANF durante los ultimos 18 meses consecutivos; Si ____ No ____ o
- comenzo a recibir pagos de AFDC or TANF durante cualquier periodo de 18 meses comenzando despues de Agosto 5, 1997; y este periodo de 18 meses termino en los ultimos 2 años Si ____ No ____ o
- Dejo de ser elegible para recibir pagos de AFDC or TANF despues de Aug. 5, 1997, en los ultimos 2 años porque que una ley Federal o statal limito el tiempo maximo para recibir esta ayuda. Si ____ No ____

19. FUENTES DE INFORMACION/DOCUMENTOS PARA ESTABLECER ELEGIBILIDAD:

Note: Certifico que esta informacion is correcta de acuerdo a mis facultades. Entiendo que dicha informacion esta sujeta a ser verificada. **La persona que completo este cuestionario/forma debe firmar su nombre en el encasillado no. 20 y fechar esta forma en el encasillado no. 21.**

20. FIRMA:	21. FECHA:
------------	------------

MENSAJE PARA EMPLEADOS O PERSONAS EN BUSCA DE TRABAJO:

La informacion y documentos/papeles que nos has facilitado al llenar esta forma para poder establecer/verificar que has recibido beneficios que te hacen elegible para uno de los 9 distintos grupos bajo el programa WOTC y/o el grupo bajo el Credito Contributivo WtW sera sometida a la Oficina Estatal de Empleo (escribe aqui nombre de la oficina y direccion (pueblo o ciudad donde se encuentra) _____

para que el patrono que te de trabajo pueda reclamar un credito contributivo sobre el salario que te pague durante el primer año. El facilitar informacion sobre beneficios que recibes o has recibido de asistencia publica, ect., es voluntario. Si la informacion que has sometido es acerca de un miembro de tu familia debes facilitarle una copia de esta notificacion a ellos.

UNA ORGANIZACIÓN DE EMPLEADOS PROFESIONALES

STAFFING & PAYROLL ALTERNATIVE, INC

118 E Dallas Street
Canton, Texas 75103

CONTRATO DE AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN DE SUELDOS

Entiendo y estoy de acuerdo que mi patrón, _____ (la Compañía), pueda deducir dinero de mi pago de vez en cuando por razones que caigan en las siguientes categorías:

1. mi parte de las primas para los planes de grupo médicos/dentales de la Compañía
2. cualquier contribución que yo pudiera hacer al plan de retiro o pensión auspiciado, controlado o administrado por la Compañía.
3. pagos parciales o préstamos o adelantos de sueldo dados a mí por la Compañía, y si hay un saldo remanente cuando salga de la Compañía, el saldo de dichos préstamos o adelantos;
4. pagos parciales o préstamos en base a crédito de tiendas que use para mis propias compras personales, incluyendo el valor de la mercancía o servicios que compro o he comprado por razones personales y no de negocios utilizando la cuenta de cargo de empleado, una cuenta asignada a otro empleado, o una cuenta general de la compañía, independientemente de si tales compras fueron autorizadas, y si hay algún saldo remanente cuando deje de trabajar con la Compañía, el saldo de tal crédito o cargos de tienda;
5. Si recibo un sobre-pago de salarios por cualquier razón, el reembolso a la Compañía de tal sobre-pago (la deducción de tal reembolso equivaldrá al monto total del sobre-pago, a menos que la Compañía y yo acordemos por escrito a una serie de deducciones más pequeñas en montos especificados);
6. el costo en que incurra la Compañía en llamadas personales de larga distancia que pudiera hacer en los teléfonos de la Compañía o en las cuentas de la Compañía, de faxes personales enviados por mí usando equipo de la Compañía o cuentas de la Compañía, o de acceso realizado por mí a Internet u otras redes de cómputo no relacionado con el trabajo usando equipo de la Compañía o cuentas de la Compañía;
7. el costo de reparar o reemplazar cualquier suministro, material, equipo, dinero, u otra propiedad de la compañía que yo haya dañado (distinto al desgaste normal), perdido, dejado de regresar, o tomado sin la autorización apropiada de la Compañía durante mi empleo (excepto en el caso de malversación de dinero por mi parte, entiendo que tal deducción no dejará mi pago por debajo del salario mínimo, ó si soy empleado asalariado exento, no reducirá mi salario por debajo de su monto predeterminado)
8. el costo de los uniformes de la Compañía y de la limpieza de los uniformes;
9. el costo razonable o su valor comercial, cualquiera que sea menor, de comidas, hospedaje, y otros servicios que me son abastecidos por parte de la Compañía en conexión con mi empleo.
10. tarifas administrativas en conexión con embargos ordenados por la corte o deducciones de mi pago de sueldo legalmente requeridas, limitándose a los montos permitidos bajo las leyes aplicables;
11. si tomo vacaciones con goce de sueldo o permiso por enfermedad por adelantado de la fecha a la que normalmente tengo derecho y dejo de trabajar para la Compañía antes de acumular el tiempo para cubrir dicha ausencia, el valor de la ausencia tomada por adelantado que no esté cubierta.
12. el valor de cualquier tiempo de permiso para ausencia para el cual el permiso de ausencia con goce de sueldo no esté aplicado (a los empleados asalariados no-exentos todos estos permisos de ausencia sin goce de sueldo se les deducirán de su salario, mientras que los empleados exentos asalariados experimentarán reducciones de salario sólo en unidades de un día completo cada vez, a menos que las deducciones de día parcial sean específicamente permitidas por la ley federal); y
13. si mi patrón paga cualquier prima de seguro o contribuciones al sistema de retiro ("pagos") a mi nombre que yo haría normalmente bajo el plan de prestaciones aplicable de la Compañía, el monto de tales pagos hecho por la Compañía, siendo tales pagos un adelanto de sueldos futuros pagaderos a mí.
14. (cualquier otro elemento apropiado para la situación de su compañía – consulte con su abogado este punto).

Estoy de acuerdo que la Compañía pueda deducir dinero de mi pago de salario bajo las circunstancias anteriores, o si cualquiera de las situaciones anteriores llegaran a ocurrir. Además entiendo que la Compañía ha declarado su intención de apegarse a todas las leyes aplicables federales y del estado de Texas sobre salarios y trabajo por horas y que si considero que tal ley no ha sido cumplida tengo el derecho de interponer un reclamo salarial con las agencias apropiadas de Texas o federales.

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

NOMBRE CON LETRA DE MOLDE

UNA ORGANIZACIÓN DE EMPLEADOS PROFESIONALES
STAFFING & PAYROLL ALTERNATIVE, INC
118 E Dallas Street
Canton, Texas 75103



**ACUSE DE NOTIFICACIÓN Y RECIBIDO DEL
MANUAL E INFORMACIÓN SOBRE
EL PROGRAMA ADR**

Declaro que he recibido la notificación de que EL PROGRAMA ADR me cubre.

También he recibido una copia del manual del PROGRAMA ADR que contiene una descripción de la Política de la Compañía sobre cómo aplica el Programa ADR a la compañía y a mí. También declaro que he recibido una copia del Contrato y Reglas de Arbitraje contenidas en el manual del PROGRAMA ADR y entiendo que el PROGRAMA ADR, La Política de la Compañía, y el Contrato y Reglas de Arbitraje aplican para mí si elijo aceptar voluntariamente el empleo o continuar mi empleo actual subsecuente a la recepción de esta notificación y cualquier copia personal del manual del PROGRAMA ADR.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE/EMPLEADO

NOMBRE CON LETRA DE MOLDE