

Nombre de Cliente _____

Pago _____

Ciudad/Estado _____

Código de W/C _____

FirstStar HR
APLICACION DE EMPLEO
Empleador con Oportunidad igual

Seguro Social SSN _____

Fecha de Nacimiento DOB _____

La información contenida en la Aplicación para Empleo es esencial a su empleo con FirstStar HR. Todo el documento debe ser llenado completamente y firmado por usted ANTES que empleo se pueda considerar. Usted será considerado para el empleo sin consideración de color, religión, sexo, origen nacional o de edad.

UNA O MÁS DE LAS CONDICIONES SIGUENTES IMPLEMENTADA POR EL EMPLEADO CONSTITUYE EN UN RENUNCIO VOLUNTARIO EN RELACION CON EL TRABAJO Y LOS BENEFICIOS DEL DESEMPLEO PUEDEN SER NEGADOS:

- 1.) Al fallar en llamar a FirstStar HR inmediatamente al fin del asignación del trabajo con la notificación de su disponibilidad a pesar de la razón de la separación con el cliente;
- 2.) Al fallar en llamar tres (3) veces semanalmente cuando no este trabajando. Los números de teléfono para este requisito son: (800) 728-0623 o (972) 404-1615;
- 3.) Al fallar para notificar FirstStar HR con su cambio de domicilio o el numero telefónico;
- 4.) El rechazo o el fallar a aceptar una tarea adecuada del trabajo basada sobre el pago, calificaciones o el localización;
- 5.) Al recibir FirstStar HR su reclamo del desempleo sin la notificación previa de su disponibilidad es considerada como su renuncia voluntaria

I. RECONOCIMIENTO Y COMPROBACION

Con mis iniciales y mi firma en la Aplicación de Empleo yo reconozco y verifico que e recibido una copia de las pólizas de FirstStar HR, e leído y entiendo completamente y concuerdo en adherir con estas pólizas.

- _____ Entiendo que esto no es solamente para propósitos de nomina.
- _____ He sido avisado y entiendo que si me emplean, seré un empleado de FirstStar HR y arrendado a uno de sus clientes. El cliente será el lugar de mi empleo y dirigirá las actividades diarias de mi trabajo.
- _____ He sido avisado y entiendo que FirstStar HR será portador de seguro de la compensación de trabajadores.
- _____ He recibido la FirstStar HR Accidentes / Lesiones Procedimientos.

II. HIPAA Autorización

Autorizo a FirstStar HR, o sus agentes, subsidiaré o afiliate para obtener los registros médicos (excluye notas de psicoterapia) de cualquier médico, los hospitales y/o otros proveedores medico con respecto a mi salud. Autorizo también a cualquier médico, los hospitales, y/o otros proveedores medico para entregar cualquier registro médico (excluye notas de psicoterapia) con respecto a mi salud a FirstStar HR, o a su agentes, subsidiaré o afiliate. Esta información es necesaria para evaluar mi condición médica y la elegibilidad continua para el empleo y la cobertura de seguro. Entiendo que FirstStar HR, o sus agentes, subsidiaré o afiliate pueden solicitar los registros médicos hasta 10 años. Además autorizo FirstStar HR, o sus agentes, subsidiaré o afiliate a poder requerir que me somete a una prueba de droga o de alcohol y para recibir los resultados después de cualquier herida de trabajo para lo cual busco tratamiento médico.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización a cualquier vez sometiendo aviso por escrito a FirstStar HR.

Entiendo que la información revelada por esta autorización podría ser revelada por la persona que recibe y no es protegido por ley de requisitos privados de estado o federal. FirstStar HR, su afilia, sus empleados, y los oficiales no son legalmente responsables por la revelación de la información indicada en esta autorización.

_____ El Nombre impreso del Individuo

_____ La firma del Individuo

_____ Fecha

III. AUTORIZACION DE DEDUCCION DE NOMINA

Firmando debajo autorizo, cuando aplican, las deducciones en mi cheque de pago para herramientas, los uniformes, el seguro de la salud, los errores en la nómina, los pagos excesivos y cualquier otras deducciones relacionada con el trabajo admisibles por la ley de Texas.

Firma del solicitante

Fecha

IV. Disputas del Sueldo

Entiendo y concuerdo que el cliente únicamente es obligado para pagar cualquier sueldo para lo cual la obligación de pagar es creado de parte de yo mismo y el cliente por un acuerdo, un contrato o el plan o norma del cliente y que FirstStar HR no ha contratado para pagar.

Firma del solicitante

Fecha

V. Arbitración

Concuerdo que mi único recurso para resolver alguna disputa que surge con FirstStar HR bajo mi empleo, incluso pero no limitado a reclamos de sueldo, será de arbitrar tal disputa. Tal arbitraje será según las leyes de arbitraje del Estado de Texas y las órdenes, entonces obtener, de la American Arbitration Association. Lugar de reunión de cualquier acción estará en el Condado de Dallas, Texas. FirstStar HR se basa en Dallas, Tejas, y el Solicitante reconocen que este Acuerdo deberá ser realizado parcialmente en Dallas, Texas.

Firma del Solicitante

Fecha

Con la firmar debajo confirmo que he leído y he entendido todos los términos de esta Aplicación para el Empleo.

Firma del Solicitante

Fecha de aplicación

numero de teléfono

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 Soltero Casado 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.

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 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago

6 \$

7 Reclamo exención de la retención para 2016 y certifico que cumplo con **ambas** condiciones a continuación, para la exención:

- 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 ▶

7

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 ▶

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: <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <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. </td> </tr> </table>	}	<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 _____	
}	<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. 				
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 _____			
	(Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Pub. 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para detalles).				
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 _____			
	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</p> </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <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. </td> </tr> </table>	<p>Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</p>	}	<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. 	
<p>Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</p>	}	<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)

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

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

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2016. Estas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% (7.5% si usted o su cónyuge nacieron antes del 2 de enero de 1952) de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2016, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$311,300 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$285,350 si es cabeza de familia; \$259,400 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$155,650 si es casado que presenta una declaración por separado. **1** \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,600 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,300 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,300 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ **2** \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-". **3** \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2016 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Pub. 505) **4** \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2016 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2016 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Pub. 505, en inglés) **5** \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2016 (por ejemplo, dividendos o intereses) **6** \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-". **7** \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción **8** _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 **9** _____
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) **10** _____

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

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

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) **1** _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" **2** _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo **3** _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo **4** _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo **5** _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 **6** _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí **7** \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener **8** \$ _____
 - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2016. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2016. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago **9** \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$6,000	0	\$0 - \$9,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
6,001 - 14,000	1	9,001 - 17,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 25,000	2	17,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
25,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 y más	1,600
35,001 - 44,000	5	44,001 - 75,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	75,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 100,000	10	140,001 y más	10				
100,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

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

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



Instrucciones para la Verificación de Elegibilidad de Empleo

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9

OMB N.º 1615-0047
Vencimiento 31/03/2016

Lea todas las instrucciones cuidadosamente antes de completar este formulario. Para uso únicamente en Puerto Rico.

Notificación contra la discriminación. Es ilegal discriminar a cualquier individuo autorizado a trabajar durante el proceso de contratación, despido, reclutamiento o recomendación por honorario, o en la verificación de elegibilidad de empleo (formulario I-9 y E-Verify) utilizando como base la condición de inmigración o ciudadanía, o el origen nacional de dicho individuo. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar qué documentos aceptarán de un empleado. Negarse a contratar a un individuo debido a que la documentación presentada tiene una fecha de vencimiento futura también podría constituir un acto discriminatorio ilegal. Para obtener más información, llame a la Oficina del Consejero Especial sobre Prácticas Injustas en el Empleo Relacionadas con la Condición de Inmigrante (OSC, por sus siglas en inglés) al 1-800-255-7688 (empleados), 1-800-255-8155 (empleadores) o 1-800-237-2515 (TDD), o visite www.justice.gov/crt/about/osc.

¿Cuál es el propósito de este formulario?

Los empleadores deben completar el Formulario I-9 para documentar la verificación de la identidad y la autorización de empleo de cada empleado nuevo (ciudadano y no ciudadano) contratado después del 6 de noviembre de 1986, para trabajar en los Estados Unidos. En la Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte (CNMI, por sus siglas en inglés), los empleadores deben completar el Formulario I-9 para documentar la verificación de la identidad y la autorización de empleo de cada empleado nuevo (ciudadano y no ciudadano) contratado después del 27 de noviembre de 2011. Los empleadores deberían haber usado el Formulario I-9 CNMI entre el 28 de noviembre de 2009 y el 27 de noviembre de 2011.

Instrucciones generales

Los empleadores son responsables de completar y conservar el Formulario I-9. A efectos de completar este formulario, el término "empleador" se refiere a todos los empleadores, incluidos aquellos reclutadores y agentes que refieren trabajadores a cambio de honorarios que son asociaciones agrícolas, empleadores agrícolas y contratistas de trabajadores agrícolas.

El Formulario I-9 consta de tres secciones. Se puede multar a los empleadores si no completan el formulario. Los empleadores son responsables de conservar los formularios completos. No envíe por correo los formularios completos al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) o al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE).

Sección 1. Información y declaración del empleado

Los empleados contratados recientemente deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 **a más tardar el primer día de trabajo**. Nunca debe completarse la Sección 1 antes de que el empleado haya aceptado una oferta de trabajo.

Brinde la siguiente información para completar la Sección 1:

Nombre: Proporcione su apellido legal completo, nombre e inicial del segundo nombre. Su apellido es el nombre de familia. Si tiene dos apellidos o un apellido con guión, agregue ambos en el encasillado del apellido. Su nombre es el nombre de pila. La inicial del segundo nombre es la primera letra de su segundo nombre de pila, si tuviera.

Otros nombres en uso: Proporcione cualquier otro nombre que use o haya usado, si tuviera (incluyendo el apellido de soltero (a)). Si no tiene ningún otro nombre legal, escriba "N/D".

Dirección: Proporcione la dirección donde reside actualmente, incluido el nombre y número de calle, el número de apartamento (si corresponde), la ciudad, el estado y el código postal. No proporcione la dirección de un apartado de correo (P.O. Box). Sólo los viajeros frecuentes de Canadá y México pueden usar una dirección internacional en este campo.

Fecha de nacimiento: Proporcione su fecha de nacimiento en formato mm/dd/aaaa. Por ejemplo, el 23 de enero de 1950 debería escribirse 01/23/1950.

Número de Seguro Social de los EE.UU.: Proporcione su número de Seguro Social de 9 dígitos. Proporcionar su número de Seguro Social es voluntario. No obstante, si su empleador participa en E-Verify, usted debe proporcionar el número de Seguro Social.

Dirección de correo electrónico y número de teléfono (opcional): Puede proporcionar su dirección de correo electrónico y número de teléfono. El Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) podría ponerse en contacto con usted si descubre que hay una incompatibilidad potencial entre la información brindada y la información que se encuentra en los registros del DHS o en la Administración de Seguro Social (SSA). Puede escribir "N/D" si escoge no proporcionar esta información.

Todos los empleados deben declarar en la Sección 1, bajo pena de perjurio, su condición de inmigración o ciudadanía marcando una de los siguientes cuatro encasillados provistos en el formulario:

1. Ciudadano de los Estados Unidos

2. Nacional no ciudadano de los Estados Unidos: Los nacionales no ciudadanos de los Estados Unidos son personas nacidas en Samoa Americana, ciertos ciudadanos anteriores del Territorio en Fideicomiso de las Islas del Pacífico y ciertos hijos de nacionales no ciudadanos nacidos en el exterior.

3. Residente permanente legal: Un residente permanente legal es una persona que no es ciudadano de los EE. UU. y que reside en los Estados Unidos en condición de residencia permanente registrada y reconocida legalmente como inmigrante. El término "residente permanente legal" incluye a los residentes condicionales. Si marca este encasillado, escriba su Número de Registro de Extranjero (A-Number) o su Número USCIS en el campo que está al lado de su selección. En este momento, el Número USCIS es el mismo "A-Number" sin el prefijo "A".

4. Extranjero autorizado a trabajar: Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un residente permanente legal, pero está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, marque este encasillado.

Si marca este encasillado:

- a. Registre la fecha de vencimiento de su autorización de empleo, si hubiera. Los extranjeros cuya autorización de empleo no tenga fecha de vencimiento, como los refugiados, asilados y ciertos ciudadanos de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall o Palau, pueden escribir "N/D" en esta línea.
- b. A continuación, ingrese su Número de Registro de Extranjero (A-Number)/Número USCIS. En este momento, el Número USCIS es el mismo que su número A-Number sin el prefijo "A". Si no ha recibido un Número A- /USCIS, registre su número de admisión. Puede encontrar su número de admisión en el Formulario I-94, "Registro de Entrada/Salida", o según lo informe el USCIS o la Oficina de Aduanas y Protección de Fronteras (CPB, por sus siglas en inglés) de EE.UU.

(1) Si obtuvo su número de admisión de la CBP en conexión con su llegada a los Estados Unidos, también registre la información del pasaporte extranjero que usó para ingresar a los Estados Unidos (número y país de emisión).

(2) Si obtuvo su número de admisión del USCIS *dentro de los Estados Unidos* o si ingresó a los Estados Unidos sin un pasaporte extranjero, debe escribir "N/D" en los campos Número de Pasaporte Extranjero y País de Emisión.

Firme con su nombre en el encasillado "Firma del empleado" y registre la fecha en la que completó y firmó la Sección 1. Al firmar y fechar este formulario, declara que la condición de inmigración o ciudadanía que seleccionó es correcta y que reconoce que puede ser encarcelado o multado por hacer declaraciones falsas o usar documentación falsa cuando completa este formulario. Para completar este formulario en su totalidad, debe presentar la documentación de su empleador que establezca su identidad y autorización de empleo. Escoja qué documentos presentar de las Listas de Documentos Aceptables, en la última página de este formulario. Debe presentar esta documentación a más tardar el tercer día luego de comenzar el empleo, aunque puede presentar la documentación requerida antes de esta fecha.

Certificado del asesor o traductor

El certificado del asesor o traductor debe estar completo si el empleado necesita asistencia para completar la Sección 1 (ej., el empleado necesita que las instrucciones o respuestas se traduzcan, alguien distinto al empleado completa los encasillados de información o alguien con discapacidades necesita asistencia adicional). Aun así el empleado debe firmar la Sección 1.

Menores y ciertos empleados con discapacidades (Ubicación especial)

Los padres o tutores legales que asisten a menores (individuos menores de 18) y ciertos empleados con discapacidades deben revisar las pautas en el *Manual para empleadores, Guía para completar el Formulario I-9 (M-274)* en www.uscis.gov/I-9Central antes de completar la Sección 1. Estos individuos tienen procedimientos especiales para establecer la identidad si no pueden presentar un documento de identidad para el Formulario I-9. Los procedimientos especiales incluyen (1) que los padres o tutores legales completen la Sección 1 y que escriban "menor de 18 años" o "ubicación especial", lo que aplique, en el encasillado de firma del empleado; y (2) que el empleado escriba "menor de 18 años" o "ubicación especial" en la Lista B en la Sección 2.

Sección 2. Revisión y verificación del empleador o representante autorizado

Antes de completar la Sección 2, los empleadores deben garantizar que se haya completado la Sección 1 de manera correcta y en el tiempo adecuado. Los empleadores no pueden solicitar a un individuo que complete la Sección 1 antes de que haya aceptado la oferta de trabajo.

Los empleadores o sus representantes autorizados deben completar la Sección 2 examinando la evidencia de identidad y autorización de empleo dentro de los tres días hábiles luego del primer día de trabajo del empleado. Por ejemplo, si un empleado comienza a trabajar un lunes, el empleador debe completar la sección 2 para el jueves de esa semana. Sin embargo, si un empleador contrata a un individuo por menos de tres días hábiles, la Sección 2 se debe completar a más tardar durante el primer día de trabajo. Un empleador puede completar el Formulario I-9 antes del primer día de trabajo si el empleador le ha ofrecido un trabajo al individuo y éste ha aceptado.

Los empleadores no pueden especificar qué documentos los empleados deben presentar de las Listas de Documentos Aceptables, que se encuentra en la última página del Formulario I-9, para establecer la identidad y autorización de empleo. Los empleados deben presentar una selección de la Lista A **O** una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C. La Lista A contiene documentos que muestran tanto la identidad como la autorización de empleo. Algunos de los documentos de la Lista A son documentos combinados. El empleado puede presentar juntos los documentos combinados para que sean considerados documentos de la Lista A. Por ejemplo, un pasaporte extranjero y un Formulario I-94 que tenga la aprobación de la condición de no inmigrante se deben presentar juntos para ser considerado un documento de la Lista A. La Lista B contiene documentos que demuestran sólo la identidad y la Lista C contiene documentos que demuestran solo la autorización de empleo. Si un empleado presenta un documento de la Lista A, **no** debe presentar un documento de la Lista B y la Lista C, y viceversa.

Si un empleador participa en E-Verify, el documento de la Lista B debe incluir una fotografía.

En el área debajo de la introducción a la Sección 2, los empleadores deben ingresar el apellido, nombre e inicial del segundo nombre, si hubiera, que el empleado ingresó en la Sección 1. Esto ayudará a identificar las páginas del formulario si se separaran.

Los empleadores o sus representantes autorizados deben:

1. Analizar físicamente cada documento original que el empleado presente para determinar si aparenta ser razonablemente genuino y si se refiere a la persona que lo presenta. La persona que analiza los documentos debe ser la misma persona que firma la Sección 2. El examinador de los documentos y el empleado deben estar físicamente presentes durante el examen de los documentos del empleado.
2. Registrar el título del documento que se muestra en las Listas de Documentos Aceptables, la autoridad emisora, el número de documento y la fecha de vencimiento (si hubiese) de los documentos originales que el empleado presenta. Puede escribir "N/D" en cualquier encasillado que no use.
Si el empleado es un estudiante o visitante de intercambio que presentó un pasaporte extranjero junto con un Formulario I-94, el empleador también deberá ingresar en la Sección 2:
 - a. El Formulario I-20 del alumno o el número del Formulario DS-2019 (Sistema de Información de Estudiantes y Visitantes de Intercambio: Número SEVIS) y la fecha de finalización del programa del Formulario I-20 o DS-2019.
3. Bajo certificación, ingresar el primer día de trabajo del empleado. Las agencias de empleo temporal pueden ingresar el primer día en que se incluyó al empleado en el cuerpo de trabajo. Los reclutadores y reclutadores por honorarios no ingresan el primer día de trabajo del empleado.
4. Proporcionar el nombre y el cargo de la persona que completa la Sección 2 en el campo firma del empleador representante autorizado.
5. Firmar y fechar la declaración en el día en que se completó la Sección 2.
6. Registrar el nombre y la dirección de la empresa del empleador.
7. Devolver la documentación del empleado.

Los empleadores pueden, sin obligación, sacar fotocopias de los documentos presentados. Si se hacen fotocopias, se deben hacer para **TODAS** las nuevas contrataciones o las verificaciones que se repitan. Las fotocopias se deben conservar y presentar con el Formulario I-9 en caso de que haya una inspección de DHS u otra agencia gubernamental federal. Los empleadores siempre deben completar la Sección 2 aún si sacan fotocopias a los documentos del empleado. Sacar fotocopias de los documentos de un empleado no reemplaza la necesidad de completar el Formulario I-9. Los empleados siguen siendo responsables de completar y conservar el Formulario I-9.

Documentos vigentes

Por lo general, sólo se acepta la documentación original vigente. La única excepción es que un empleado pueda presentar una copia certificada de un certificado de nacimiento. Además, en algunos casos, un documento que parezca vencido puede ser aceptable si la fecha de vencimiento que se muestra en el anverso del documento se ha extendido, como para individuos con estatus de protección temporal. Consulte el *Manual para empleadores, Guía para completar el Formulario I-9 (M-274)* o la Central I-9 (www.uscis.gov/I-9Central) para obtener ejemplos.

Recibos

Si un empleado no puede presentar un documento requerido (o documentos), el empleado puede presentar un recibo aceptable en lugar de un documento de las Listas de Documentos Aceptables en la última página de este formulario. Los recibos que demuestran que una persona ha solicitado una autorización laboral o una renovación de la autorización laboral no son aceptables. Los empleadores no pueden aceptar recibos si el empleo durará menos de tres días en el empleo. Los recibos son aceptables cuando se completa el Formulario I-9 para una nueva contratación o cuando se requiere volver a verificar.

Los empleadores deben presentar los recibos dentro de los tres días hábiles desde el primer día de trabajo o, en el caso de las verificaciones que se vuelvan a hacer, para la fecha en la que esta se requiere; además debe presentar los documentos de reemplazo válidos dentro de los plazos que se describen a continuación.

Hay tres tipos de recibos aceptables:

1. Un recibo que demuestre que el empleado ha solicitado reemplazar un documento extraviado, robado o dañado. El empleado debe presentar el documento real dentro de los 90 días desde la fecha de contratación.
2. La sección de entrada del Formulario I-94/I-94A con una estampilla I-551 temporal y una fotografía de la persona. El empleado debe presentar la tarjeta de residencia permanente real (Formulario I-551) para la fecha de vencimiento de la estampilla I-551 temporal o, si no hay fecha de vencimiento, dentro del año desde la fecha de emisión.
3. La sección de salida del Formulario I-94/I-94A con una estampilla de admisión de refugiado. El empleado debe presentar un Documento de Autorización de Empleo vigente (Formulario I-766) o una combinación de un documento de la Lista B y una tarjeta de Seguro Social sin restricciones dentro de los 90 días.

Cuando el empleado proporcione un recibo aceptable, el empleador debe realizar lo siguiente:

1. Registrar el título del documento en la Sección 2, en las secciones denominadas Lista A, Lista B o Lista C, según corresponda.
2. Escribir la palabra "recibo" y el número del documento en el encasillado "Número de documento". Registrar el último día de validez del recibo en el encasillado "Fecha de vencimiento".

Al final del período de validez del recibo, el empleado debe:

1. Tachar la palabra "recibo" y cualquier número de documento adjunto y fecha de vencimiento.
2. Registrar el número y otra información de documentación requerida del documento real presentado.
3. Colocar las iniciales y la fecha en el cambio.

Consulte el *Manual para empleadores, Guía para completar el Formulario I-9 (M-274)* en www.uscis.gov/I-9Central para obtener más información sobre recibos.

Sección 3. Reverificación y nuevas contrataciones

Los empleadores o sus representantes autorizados deben completar la Sección 3 cuando vuelvan a verificar que un empleado está autorizado para trabajar. Cuando se vuelve a contratar a un empleado dentro de los 3 años de la fecha en la que el Formulario I-9 se completó originalmente, los empleadores tienen la opción de completar un nuevo Formulario I-9 o completar la Sección 3. Cuando se completa la Sección 3 en una situación de verificación repetida o nueva contratación, si el nombre del empleado ha cambiado, registre el cambio de nombre en el encasillado A.

Para los empleados que proporcionaron una fecha de vencimiento de la autorización de empleo en la Sección 1, los empleadores deben volver a verificar la autorización de empleo en la fecha provista o antes de ésta.

Algunos empleados pueden escribir "N/D" en el espacio provisto para la fecha de vencimiento en la Sección 1 si son extranjeros cuya autorización de empleo no vence (ej., asilados, refugiados y ciertos ciudadanos de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall o Palau). No hay que volver a verificar dichos empleados a menos que presenten evidencia de la autorización de empleo en la Sección 2 que contenga una fecha de vencimiento y requiera otra verificación, como el Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo.

Es necesario volver a verificar si vence la evidencia de autorización de empleo (documento de la Lista A o Lista C) presentada en la Sección 2. Sin embargo, los empleadores no deben volver a verificar:

1. Ciudadanos estadounidenses y nacionales no ciudadanos; o
2. Residentes legales permanentes que presentaron una Tarjeta de Residente Permanente (Formulario I-551) para la Sección.

No es necesario volver a verificar los documentos de la Lista B.

Si tanto la Sección 1 como la Sección 2 indican que las fechas de vencimiento requieren volver a verificar, el empleador debe volver a verificar según la fecha con mayor anterioridad.

Para volver a verificar, un empleado debe presentar documentación vigente de la Lista A o la Lista C que muestre que aún tiene autorización para trabajar. Los empleadores NO pueden requerir que el empleado presente un documento en particular de la Lista A o la Lista C. El empleado debe escoger qué documento presentar.

Para completar la Sección 3, los empleadores deben seguir estas instrucciones:

1. Completar el encasillado A si el nombre de un empleado ha cambiado para el momento en que complete la Sección 3.
2. Completar el encasillado B con la fecha de la recontractación si vuelve a contratar a un empleado dentro de los 3 años desde la fecha en que se completó originalmente este formulario y si el empleado todavía tienen autorización para trabajar en las mismas condiciones que se indicaron en este formulario. Además debe completar el encasillado "Firma del empleador o representante autorizado".
3. Completar el encasillado C si:
 - a. La autorización de empleo o el documento de la autorización de empleo de un empleado actual está por vencer y requiere volver a verificar o
 - b. Vuelve a contratar a un empleado dentro de los 3 años desde la fecha en la que este formulario se completó originalmente o si su autorización de empleo o documento de autorización de empleo han vencido. (También complete el encasillado B para este empleado)

Para completar el encasillado C:

1. Examine el documento de la Lista A o la Lista C que presente el empleado que muestre que el empleado está actualmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos; y
 2. Registre el título del documento, el número del documento y la fecha de vencimiento (si hubiese).
4. Luego de completar los encasillado A, B o C, complete el encasillado "Firma del empleador o representante autorizado", incluida la fecha.

A los fines de volver a verificar, los empleadores pueden completar la Sección 3 de un nuevo Formulario I-9 o la Sección 3 del Formulario I-9 completado anteriormente. Cualquier página nueva del Formulario I-9 que se complete durante la nueva verificación debe adjuntarse al Formulario I-9 original del empleado. Si escoge completar la Sección 3 de un nuevo Formulario I-9, puede adjuntar solamente la página que contiene la Sección 3, incluido el nombre del empleado en la parte superior de la página, al Formulario I-9 original del empleado. Si hubiese una versión más actual del Formulario I-9 al momento de volver a verificar, debe completar la Sección 3 de esa versión del formulario.

¿Cuál es la tarifa de la solicitud?

No hay ninguna tarifa para completar el Formulario I-9. Este formulario no se completa con el USCIS o cualquier otra agencia gubernamental. El empleador debe conservar el Formulario I-9 y tenerlo disponible para la inspección de los funcionarios de gobierno de los EE. UU. según se especifica en la "**Declaración de la Ley de Privacidad del USCIS**" a continuación.

Formularios e información del USCIS

Para obtener una información más detallada sobre cómo completar el Formulario I-9, los empleadores y empleados deben consultar el *Manual para empleadores, Guía para completar el Formulario I-9 (M-274)*.

También puede obtener información sobre el Formulario I-9 en el sitio Web del USCIS en www.uscis.gov/I-9Central, mandando un correo electrónico a USCIS a I-9Central@dhs.gov o llamando al **1-888-464-4218**. Para TDD (personas con problemas de audición), llame al **1-877-875-6028**.

Para obtener formularios del USCIS o el *Manual para empleadores*, descargándolos del sitio Web del USCIS en www.uscis.gov. Puede solicitar formularios del USCIS llamando a nuestro número gratuito al **1-800-870-3676**. También puede obtener formularios e información poniéndose en contacto con el Centro Nacional de Servicio al Cliente del USCIS al **1-800-375-5283**. Para TDD (personas con problemas de audición), llame al **1-800-767-1833**.

La información sobre E-Verify, un programa gratuito y voluntario que les permite a los empleadores participantes verificar electrónicamente la elegibilidad de empleo de sus empleados recientemente contratados, se puede obtener del sitio Web del USCIS en www.dhs.gov/E-Verify, enviando un correo electrónico a USCIS a E-Verify@dhs.gov o llamando al **1-888-464-4218**. Para TDD (personas con problemas de audición), llame al **1-877-875-6028**.

Los empleados que tengan preguntas sobre el Formulario I-9 o E-Verify pueden comunicarse con la línea directa del empleado del USCIS llamando al **1-888-897-7781**. Para TDD (personas con problemas de audición), llame al **1-877-875-6028**.

Fotocopiado y conservación del Formulario I-9

Un Formulario I-9 en blanco se puede reproducir, siempre y cuando se copien todos los lados. Todas las instrucciones y Listas de Documentos Aceptables deben estar disponibles para los empleados que completen este formulario. Los empleadores deben conservar cada Formulario I-9 completado de un empleado durante el tiempo en que el individuo trabaje para los empleadores. Los empleadores deben conservar las páginas del formulario en las que el empleado y el empleador introducen datos. Si se hacen copias de la documentación presentada por el empleado, dichas copias también deben conservarse con el formulario. Una vez que finalice el empleo de un individuo, el empleador debe conservar este formulario durante 3 años luego de la fecha de la contratación o 1 año luego de la fecha en la que finalizó el empleo, lo que suceda más tarde.

El Formulario I-9 se puede firmar y conservar de manera electrónica, de acuerdo con las reglamentaciones del Departamento de Seguridad Nacional en 8 CFR 274a.2.

Declaración de la Ley de la Privacidad del USCIS

AUTORIDADES: La autoridad para la recopilación de esta información es la Ley de Reforma y Control de la Inmigración de 1986, Ley Pública 99-603 (8 USC 1324a).

PROPÓSITO: Esta información es recopilada por los empleadores para cumplir con los requisitos de la Ley de Reforma y Control de la Inmigración de 1986. Esta ley requiere que los empleadores verifiquen la identidad y autorización de empleo de los individuos que contratan para descartar las contrataciones ilegales, o el reclutamiento o referencia ilegal por honorarios de extranjeros que no están autorizados a trabajar en los Estados Unidos.

DIVULGACIÓN: La presentación de la información requerida en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si el empleador no garantiza el completado apropiado de este formulario para cada empleado, podría sufrir la imposición de sanciones civiles o penales. Además, el acto de contratar individuos sabiendo que no están autorizados a trabajar en los Estados Unidos puede hacer que el empleador enfrente sanciones civiles o penales.

USOS DE RUTINA: Esta información será usada por los empleadores como registro de sus fundamentos para determinar la elegibilidad de un empleado para trabajar en los Estados Unidos. El empleador conservará este formulario y lo tendrá disponible para la inspección de funcionarios autorizados del Departamento de Seguridad Nacional, el Departamento del Trabajo y la Oficina del Consejero Especial sobre Prácticas Injustas en el Empleo Relacionadas con la Condición de Inmigrante.

Ley de Reducción de Trámites

Una agencia puede no llevar a cabo o patrocinar la recopilación de información y no se requiere que una persona responda ante una recopilación de información a menos se muestre un número de control de OMB actualmente válido. El tiempo que se requiere para esta recopilación de información se estima en 35 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, y completar y conservar el formulario. Puede enviar comentarios en relación con este estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de la recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir este tiempo, a: Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos, División de Coordinación Regulación, Oficina de Políticas y Estrategias, 20 Massachusetts Avenue NW, Washington, DC 20529-2140; OMB N.º 1615-0047. **No envíe por correo su Formulario I-9 a esta dirección.**



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB N.º 1615-0047
 Vencimiento 31/03/2016

► **COMIENZE AQUÍ. Lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles mientras completa este formulario.**

NOTIFICACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Se considera ilegal discriminar a cualquier individuo autorizado a trabajar. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar qué documentos aceptarán de parte de un empleado. Negarse a contratar a un individuo debido a que la documentación presentada tiene una fecha de vencimiento futura también podría constituir un acto discriminatorio ilegal.

Sección 1. Información y declaración del empleado *(Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 a más tardar el primer día de empleo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo).*

Apellido (<i>Nombre de familia</i>)		Nombre (<i>Nombre de pila</i>)		Inicial del segundo nombre		Otros nombres en uso (<i>si hubiera</i>)									
Dirección (<i>Nombre de la calle y número</i>)			N.º de apt.	Ciudad o pueblo		Estado	Código postal								
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		Número de Seguro Social de los EE. UU. <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										Dirección de correo electrónico		Número de teléfono	

Soy consciente de que la ley federal impone multas o encarcelamiento por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al completar este formulario.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy (marque uno de los siguientes):

- Ciudadano de los Estados Unidos
- Nacional no ciudadano de los Estados Unidos (*consulte las instrucciones*)
- Residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero/Número USCIS): _____
- Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de vencimiento, si corresponde, mm/dd/aaaa) _____ Algunos extranjeros pueden escribir "N/D" en este campo. (*consulte las instrucciones*)

Para los extranjeros autorizados a trabajar, proporcione su Número de Registro de Extranjero/Número USCIS el Número de Admisión en el Formulario I-94:

1. Número de Registro de Extranjero/Número USCIS : _____
- O**
2. Número de Admisión en el Formulario I-94 : _____

Código de barras 3-D
No escriba en este espacio

Si obtuvo su número de admisión de la CPB en conexión con su llegada a los Estados Unidos, incluya lo siguiente:

Número de pasaporte extranjero: _____

País de emisión: _____

Algunos extranjeros pueden escribir "N/D" en los campos Número de Pasaporte Extranjero y País de Emisión. (*consulte las instrucciones*)

Firma del empleado:	Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>):
---------------------	------------------------------

Certificado del asesor o traductor *(Debe completarse y firmarse si la Sección 1 fue realizada por una persona que no sea el empleado).*

Declaro, bajo pena de perjurio, que brindé asistencia para completar este formulario y que a mi mejor saber y entender la información es verdadera y correcta.

Firma del asesor o traductor:		Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>):	
Apellido (<i>Nombre de familia</i>)		Nombre (<i>Nombre de pila</i>)	
Dirección (<i>Nombre de la calle y número</i>)		Ciudad o pueblo	Estado
			Código postal



El empleador completa la siguiente página



Sección 2. Revisión y verificación del empleador o representante autorizado

(Los empleadores o sus representantes autorizados deben completar y firmar la Sección 2 dentro de los 3 días hábiles desde el primer día de trabajo del empleado. Debe analizar físicamente un documento de la Lista A o analizar una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, según se detalla en las "Listas de Documentos Aceptables" en la próxima página de este formulario. Para cada documento que revisa, registre la siguiente información: título del documento, autoridad emisora, número del documento y fecha de vencimiento, si hubiera).

Apellido, nombre e inicial del segundo nombre del empleado de la Sección 1:

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del documento:		Título del documento:		Título del documento:
Autoridad emisora:		Autoridad emisora:		Autoridad emisora:
Número del documento:		Número del documento:		Número del documento:
Fecha de vencimiento (si hubiera)(mm/dd/aaaa):		Fecha de vencimiento (si hubiera)(mm/dd/aaaa):		Fecha de vencimiento (si hubiera)(mm/dd/aaaa):
Título del documento:		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> Código de barras 3-D No escriba en este espacio </div>		
Autoridad emisora:				
Número del documento:				
Fecha de vencimiento (si hubiera)(mm/dd/aaaa):				
Título del documento:				
Autoridad emisora:				
Número del documento:				
Fecha de vencimiento (si hubiera)(mm/dd/aaaa):				

Certificado

Declaro, bajo pena de perjurio, que (1) he analizado los documentos presentados por el empleado mencionado anteriormente, (2) los documentos detallados anteriormente parecen ser genuinos y relacionados al empleado mencionado y (3) a mi mejor saber y entender, el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos.

El primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ (Consulte las instrucciones para ver las excepciones.)

Firma del empleador o representante autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)	Cargo del empleador o representante autorizado		
Apellido (Nombre de familia)	Nombre (Nombre de pila)	Nombre de la empresa u organización del empleador		
Dirección de la empresa u organización del empleador (Nombre de la calle y número)		Ciudad o pueblo	Estado	Código postal

Sección 3. Verificaciones repetidas y nuevas contrataciones (Debe completarse por el empleador o representante)

A. Nuevo Nombre (si corresponde) Apellido (Nombre de familia) Nombre (Nombre de pila) Inicial del segundo nombre		B. Fecha de nueva contratación (si corresponde) (mm/dd/aaaa):
C. Si la autorización laboral previa de un empleado ha vencido, proporcione la información para el documento de la Lista A o Lista C que el empleado presentó que establezca la autorización de empleo actual en el espacio provisto a continuación.		
Título del documento:	Número del documento:	Fecha de vencimiento (si hubiera)(mm/dd/aaaa):

Declaro, bajo pena de perjurio, que a mi mejor saber y entender, este empleado está autorizado para trabajar en los Estados Unidos y si el empleado presentó documentos, los documentos que yo analicé parecen ser genuinos y parecen referirse al individuo.

Firma del empleador o representante autorizado:	Fecha (mm/dd/aaaa):	Nombre en letra de imprenta del empleador o representante autorizado:
---	---------------------	---

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar VIGENTES

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que establecen identidad y autorización de empleo	o	LISTA B Documentos que establecen identidad	y	LISTA C Documentos que establecen autorización de empleo
1. Pasaporte de Estados Unidos o Tarjeta de Pasaporte de Estados Unidos		1. Una licencia de conducir o una tarjeta de identidad emitida por un estado o por un territorio no incorporado 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 Seguro Social, a menos que la tarjeta tenga una de las siguientes restricciones: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (No válida para empleo) (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (Válida para trabajar solamente con autorización del INS) (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION (Válida para trabajar solamente con autorización del DHS)
2. Tarjeta de Residencia Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)		2. Una tarjeta de identidad emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o 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		
3. Un pasaporte extranjero con una estampilla temporal I-551 o una nota temporal I-551 impresa sobre un visado de inmigración legible con máquinas		3. Una tarjeta de identidad escolar con una fotografía		2. Un certificado de nacimiento en el extranjero emitido por el Departamento de Estado (Formulario FS-545)
4. Un Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)		4. Una tarjeta del censo electoral		3. Un certificado de informe de nacimiento emitido por el Departamento de Estado (Formulario DS-1350)
5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar en una situación específica para un empleador debido a su estado: a. Un pasaporte extranjero; y b. Un Formulario I-94 o un Formulario I-94A que contenga lo siguiente: (1) El mismo nombre que el pasaporte y (2) Una aprobación de la condición de no inmigrante del extranjero, siempre y cuando el periodo de dicha aprobación no haya vencido 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 registro de reclutamiento		4. Una copia certificada o versión original de un certificado de nacimiento emitido por un estado, país, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos que presente un sello oficial
		6. Una tarjeta de identidad de empleado militar		5. Un documento de pertenencia a una tribu nativa estadounidense
		7. Una tarjeta de los Guardacostas de la Marina Mercante Estadounidense		6. Una Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE. UU. (Formulario I-197)
		8. Un documento de pertenencia a una tribu nativa estadounidense		7. Una tarjeta de identificación para uso del ciudadano residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)
		9. Una licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense		
		En caso de personas menores de 18 años que no pueden presentar uno de los documentos enumerados previamente:		8. Un Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional
		10. Un documento escolar o libreta de calificaciones		
		11. Un documento de una clínica, de un médico o de un hospital		
		12. Un documento de una guardería o de un jardín de infantes		
6. Un pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (EFM) o de la República de las Islas Marshall (RMI) con el Formulario I-94 o el Formulario I-94A que indiquen la admisión de no inmigrante en el Pacto de Libre Asociación existente entre Estados Unidos y EFM o RMI				

Las ilustraciones de muchos de estos documentos aparecen en la Parte 8 del Manual para empleadores (M-274).

Consulte la Sección 2 de las instrucciones, denominada "Revisión y verificación del empleador o representante autorizado", para obtener más información sobre los recibos aceptables.

EMPLOYEE IS TO
KEEP THIS PAGE

FirstStar HR

ESTA PAGINA ES
PARA EL
EMPLEADO

ACCIDENT / INJURIES PROCEDURES PROCEDIMIENTOS PARA ACIDENTES O HERIDAS (Spanish Version)

Los procedimientos siguientes se deben seguir para todas las heridas relacionadas con el trabajo:

1. TODOS ACCIDENTES/HERIDAS DEBEN SER INFORMADAS A SU CAPATAZ O EL SUPERVISOR, AUNQUE NINGUNA ATENCION MEDICA ES REQUIRIDA. El empleado herido debe llenar la forma llamada Reporte de lesión / herida. Cuando llenada, se colocará en su archivo médico para la referencia futura en caso de problemas. Por favor de mandar al fax número (972) 404-0380.
2. El supervisor debe llenar la forma llamada Reporte del Supervisor, a pesar de si la atención medica sea requerida. Por favor de mandar al fax número (972) 404-0380.
3. Si la herida requiere la atención médica y no es una situación de emergencia, el supervisor debe llamar al departamento de nueva heridas a (972) 404-0295 o (800) 728-0623 antes de buscar una facilidad médica. En caso de una emergencia, su supervisor debe llamar e informar a cual facilidad médica será transportado. Necesitamos autorizar el tratamiento, arreglar factura apropiada, y determinar que la facilidad medica siga los procedimientos apropiados.
4. Si un empleado esta fuera en incapacidad, él/ella debe notificar a su Supervisor. Si esta fuera por un período extendido de tiempo, el empleado debe comunicarse en persona o llamar para avisar por lo menos una vez a la semana a su Supervisor. FirstStar HR se debe notificar de su estado. Con su permiso de regresar a trabajar UD es requerido a reportarse con su Supervisor a informar su disponibilidad a regresar a trabajar.
5. Las restricciones del doctor se deben seguir para todos empleados en estado de trabajo ligero. El empleado puede volver a sus deberes regulares solo cuando es regresado con permiso escrito del doctor a FirstStar HR. Es la responsabilidad del empleado decirle al doctor los tipos de trabajos ligeros disponibles por FirstStar HR.
6. Una prueba de drogas y alcohol se requiere para todas heridas. La prueba se requiere dentro de 24 horas después que una herida se reporta. El negar a someterse a una prueba tendrá como resultado las mismas consecuencias como una prueba positiva de droga o alcohol.
7. Entiendo y concuerdo a seguir y respetar el procedimiento de accidente. Entiendo que algún pago a mí o cualquiera más para gastos con respecto a mi accidente, y la herida resultante, no es una admisión de la responsabilidad por parte de FirstStar HR. En caso de una herida, yo autorizo el acceso completo a copias de registros médicos, los informes de la radiología, las pruebas de drogas o de alcohol y cualquier documento en relación a heridas o enfermedades pasado o presente a FirstStar HR. Yo concuerdo soltar la información y soltar de peligro a los proveedores médicos por soltar la información con esta autorización.

EMPLOYEE IS TO
KEEP THIS PAGE

FirstStar HR

ESTA PAGINA ES
PARA EL EMPLEADO

SUBSTANCE ABUSE POLICY POLIZA DE ABUSO DE SUSTANCIA (Spanish Version)

El bienestar y el éxito de FirstStar HR, la Compañía, depende de la salud física y psicológica de todos sus empleados. Aunque la Compañía se a comprometido a mantener y crear un lugar de trabajo que es saludable, sin peligro y productivo es la responsabilidad de ambos a ser esto posible. Es por la protección de sus clientes, empleados, propiedad y el público en general que la Compañía ha adoptado esta póliza de abuso de sustancia.

1. PROPOSITO Y ALCANCE

1.01 **PROPOSITO:** El propósito de esta Póliza es para mantener un ambiente de trabajo saludable, sin peligro y productivo para todos por medio de eliminar el abuso de drogas legales e ilegales, alcohol y anhelantes en el lugar de trabajo o durante cualquier tiempo que este en el negocio de trabajo y es requerido que todos empleados sea libre del efecto de la drogas legales e ilegales, alcohol y anhelantes en el lugar de trabajo o durante cualquier tiempo que este en el negocio de trabajo.

1.02 **ALCANCE:** Este póliza aplica a todos empleados de esta Compañía; (a) a tal vez que este en la propiedad de la compañía, (b) durante el curso de su empleo a pesar de la localidad y (c) durante cualquier actividad representada por la compañía.

2. ACCION DESIPLINARIA Y CONDUCTA PROHIBIDO

2.01 **ACCION DISCIPLINARIA:** El fallar de conformar con cualquier parte de esta póliza de parte del empleado la acción disciplinaria puede incluir hasta el despido del trabajo.

2.02 **CONDUCTO PROHIBIDO:** Cualquier empleado será sujeta a las consecuencias indicadas en párrafo 2.01 por cualquier de las siguiente razones:

- a). La manufactura, distribución, posesión, uso o venta de alcohol, anhelantes, las drogas no autorizadas o ilegales o el maltrato de uso de drogas legal o de prescripción durante el tiempo que este en la propiedad de la compañía o en el negocio de la compañía o actividades representada por la compañía.
- b). Estar bajo la influencia de cualquier sustancia mencionada anteriormente que daña juicio mental, el desempeño o la conducta durante el tiempo que este en la propiedad de la compañía o en el negocio de la compañía o actividades representadas por la compañía.
- c). Convicción bajo cualquier cargo criminal para la posesión, el uso o la venta de drogas o alcohol o de cualquier actividad relacionada.
- d). Al rechazar a someter a la evaluación medica, incluso prueba de droga o alcohol como indicado en la sección 3 de esta póliza.
- e). El resultado de prueba que indica el uso de droga o alcohol o cualquier otra sustancia.

3. LA PRUEBA

3.01 **DEFINICION:** Para el propósito de esta Póliza, "la droga" es definido como cualquier bebida alcohólica, anhelantes ilegal, la droga ilegal o otra sustancia, el uso, posesión, manufactura, distribución o la dispensación a lo que es prohibido por cualquier estado o ley o regulación Federal o cualquier sustancia de droga por prescripción o sin prescripción o de otro modo.

3.02 **APLICABILIDAD PARA LA PRUEBA DE DROGA:**

- a). Todas personas solicitando una posición con la Compañía puede ser requerido a someter a una prueba de droga como una condición de empleo.
- b). Todo presente y futuro empleados se someterán a una prueba de droga sobre el requerimiento por la Compañía bajo lo siguiente:
 - 1) Cuando la consideración especial para la seguridad de obtener el trabajo indica que tal prueba presenta un medio razonable para garantizar la seguridad del ambiente de trabajo.
 - 2) Cuando el empleado sufre una herida en el curso de empleo o contribuye o causa una herida en el curso de su empleo.
 - 3) Cuando el empleado causa, directamente o indirectamente, daño a la propiedad de la compañía o de cualquier otro.
 - 4) Cuando el empleado contribuye o causa herida a tercera persona en el curso de su empleo.
 - 5) Cuando el empleado esta convicto bajo cualquier carga criminal y recibe una violación que ocurrió durante el curso de empleo. Si tal convicción ocurre, es la responsabilidad del empleado darle notificación a la Compañía dentro de 5 días de la convicción. Este requisito incluí cualquier caso hallado culpable, la suplica culpable o la suplica do ningún curso o imposición de sentencia o cualquier otra carga legal por cualquier corte de juicio competente o en conexión con cualquier estado o ley o regulación Federal por manufacturar, distribución, uso o posesión de cualquier sustancia controlada o droga incluso alcohol.
 - 6) Cuando la Compañía, con su propia discreción, determina que es in el mejor interés de la Compañía requerir la prueba de droga.

4. PROVISIONES VARIADAS

4.01 **COOPERACION CON LA LEY:** Adicional cualquier droga o sustancia ilegal obtenida por la Compañía de cualquier empleado puede ser entregada a una agencia de la ley y puede resultar en persecución criminal.

4.02 **REPORTAR:** Cada empleado es responsable de inmediatamente informar a los oficiales apropiados de la compañía de cualquier uso de medicina de prescripción que pueda afectar el juicio mental, el desempeño y la conducta.

4.03 **OTROS PROCEDIMIENTOS:** La Compañía establecerá tales otros procedimientos, cuando sea necesario imponer efectivamente esta póliza. Esto puede incluir un requisito que empleados cooperan en las búsquedas personal o de la propiedad cuando hay razón para creer que hay drogas o alcohol presente, cuando su desempeño es dañado o su conducta es irregular. El rechazar su cooperación con estos procedimientos puede causar para la acción disciplinaria como mencionada anteriormente el la Sección 2.

4.04 **FACILIDAD MÉDICA:** La Compañía no será responsable y no hace representación o garantizas de el laboratorio o facilidad medica que conduce la prueba de la droga.



**ACCIDENT PROCEDURES
NEVER LEAVE THE JOB SITE
WITHOUT REPORTING
AN ACCIDENT**

KEEP THIS CARD WITH YOU AT ALL TIMES

ONE OR MORE OF THE FOLLOWING CONDITIONS MET BY AN EMPLOYEE
CONSTITUTES A VOLUNTARY QUIT CONNECTED WITH THE WORK;
UNEMPLOYMENT BENEFITS MAY BE AFFECTED.

Failure to call FirstStar HR at each assignments end regardless of the reason of
separation with the client, with notification of your availability.

Failure to call in at least (3) three times weekly when not on assignment.
Phone numbers to call for this requirement are: (972) 404-1615 or (800) 728-
0623 ext. *1510.

Failure to notify FirstStar HR with your change of address or phone number.

Refusal or failure to accept a suitable work assignment based upon pay,
qualification or location.

The company's receipt of an unemployment claim from you without prior
notification of your availability is also a notice of a voluntary quit.

Phone 972-404-1615 ext. *1510
800-728-0623 ext. *1510
Fax 972-404-0380

To All Employees and Supervisors

- ☆ When an injury occurs, your supervisor should call FirstStar HR. They will give you the nearest preferred medical facility, and will call ahead to prepare them for the employee's arrival. This will ensure no delay in treatment and that the employee will not receive the bill.
- ☆ If there is an emergency that requires an ambulance or immediate transport to a medical facility, take care of the employee first, and then call immediately from the medical facility.
- ☆ **IF IT IS A WEEKEND OR AFTER BUSINESS HOURS** and you cannot reach anyone at FirstStar HR, to reach your supervisor or foreman where you are working. If you cannot reach anyone, and the employee needs treatment immediately, take him to the nearest medical facility. **Be sure they understand that he is an employee of FirstStar HR, and that FirstStar HR requires a ten panel drug screen for all injuries. Refusal to submit to a drug or alcohol test shall result in the same consequences as a positive drug or alcohol test.**
- ☆ The next morning, (or Monday), report to FirstStar HR the accident, the name, location, and phone number of the medical facility, and get the proper reports completed (employee's accident report, supervisor's accident report and witness statements). We must have notification of injury from someone other than the injured party, before treatment can be approved.
- ☆ **In all cases, be sure that your immediate supervisor is notified as soon as possible.**



**PROCEDIMIENTO DE ACCIDENTE
NUNCA DEJE EL AREA DE TRABAJO SIN REPORTAR
UN ACCIDENTE**

MANTENGA ESTA TARJETA TODO EL TIEMPO

UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MET POR UN EMPLEADO
CONSTITUYE UNA RENUNCIA VOLUNTARIA RELACIONADOS CON EL
TRABAJO; PRESTACIONES POR DESEMPLEO PUEDEN SER AFECTADOS.

Si no se llama FirstStar HR en cada extremo asignaciones sin importar la
razón de la separación con el cliente, con notificación a su disponibilidad.

Si no se llama por lo menos (3) tres veces por semana, cuando no esté
trabajando. Los números de teléfono para llamar para este requisito son:
(972) 404-1615 o al (800) 728-0623 ext. *1511.

La falta de notificación FirstStar HR con su cambio de dirección o número
de teléfono.

El rechazo o la no aceptación de una tarea adecuada del trabajo basada en
salarios, calificación o ubicación.

Recepción de una reclamación de desempleo sin la notificación previa de su
disponibilidad de la empresa es también una notificación de una renuncia
voluntaria.

Teléfono 972-404-1615 ext. *1511
800-728-0623 ext. *1511
Fax 972-404-0380

Para todos los Trabajadores y Supervisores

- ☆ Cuando se produce una lesión, su supervisor debe llamar a FirstStar HR. Ellos le darán la instalación médica más cercana preferido, y se llame con anticipación a fin de prepararlos para la llegada del empleado. Esto se asegurará de no demora en el tratamiento y que el empleado no recibirá el proyecto de ley.
- ☆ Si hay una emergencia que requiera una ambulancia o transporte inmediato a un centro médico, cuidar el empleado primero, y luego llamar inmediatamente del centro médico.
- ☆ **SI SE TRATA DE UN FIN DE SEMANA** O fuera de horario comercial y no se puede llegar a cualquier persona en FirstStar HR, para llegar a su supervisor o capataz en la que está trabajando. Si no se puede llegar a cualquier persona, y el empleado necesita tratamiento inmediato, llevarlo al centro médico más cercano. **Asegúrese de que entiendan que él es un empleado de FirstStar HR, y que FirstStar HR requiere una prueba de drogas de diez paneles para todas las lesiones. La negativa a someterse a una prueba de drogas o alcohol, dará lugar a las mismas consecuencias que una prueba de drogas o alcohol positivo.**
- ☆ A la mañana siguiente, (o lunes), informe a la Primera Estrella de recursos humanos del accidente, el nombre, la ubicación y el número de teléfono del centro de atención médica, y obtener los informes adecuados completados (informe del accidente de los empleados, el informe del accidente de supervisor y de testigos declaraciones). Debemos tener la notificación de la lesión de alguien que la parte perjudicada antes del tratamiento puede ser aprobada.
- ☆ **En todos los casos, asegúrese de que su supervisor inmediato se notifica tan pronto como sea posible.**

[Plan Offered]



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 31-1-2017)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con _____.

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

[Plan Offered]

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
- Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

[Plan Offered]

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador a través del mercado. Los empleadores no tienen la obligación de completar esta sección, pero hacerlo ayudará a garantizar que los empleados entienden sus opciones de cobertura.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

Sí. (Continúe).

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? _____ (dd/mm/aaaa). (Continúe).

No. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?

Sí. (Pase a la pregunta 15). No. (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no brindará cobertura médica.

El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa):

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).

[Plan Not Offered]



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 31-1-2017)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfice sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También existe la posibilidad de que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre de 2013 para cobertura que comienza el 1º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura médica que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la participación en los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura médica, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

[Plan Not Offered]

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)	12. Dirección de correo electrónico	

Si usted no es elegible para la cobertura de seguro médico a través de este empleador. Es posible que usted y su familia puedan obtener cobertura médica a través del mercado, con un nuevo tipo de crédito tributario que reduce las primas mensuales y con ayuda para abonar los costos en efectivo.