

FRONTLINE^{HRO}

effective strategies & customized coverage



FOLLETO DE EMPLEADO

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado

Código postal

Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____

Primer nombre

Apellido

Correo Electrónico: _____

Fecha: _____

Esta compañía es un patrono con igualdad de oportunidad de empleo. No discriminamos a ningún empleado por distinción de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, incapacidad o estado civil. Le aseguramos que su oportunidad de empleo con este patrono dependerá únicamente de sus calificaciones. La compañía también acomoda a personas con incapacidades, y creencias religiosas.

Instrucciones Para el Empleado:

1. Completar el manual en su totalidad
2. Este manual requiere que sea completado, firmado y procesado
 - a. Certificado de empleado
 - b. I-9 Certificado de elegibilidad de empleo
 - c. W-4 Certificado de retención
 - d. IL & PA W-4 Certificado de retención (si aplica)
 - e. Certificado de políticas libre de drogas
 - f. Certificado de acoso sexual
 - g. Reglas de seguridad
 - h. Formulario de deposito directo
 - i. Políticas y procedimientos
 - j. Acuerdo de confidencialidad (si aplica)

Instrucciones Gerenciales:

1. Confirmar que la certificación sea firmada por el empleado
2. Verificar que la forma I-9 (elegibilidad del empleado) sea verificada y autorizada por el representante autorizado (ver sección 2 pagina 2)
3. Confirmar visualmente y sacar copia de la elegibilidad del empleado (pasaporte, licencia, SS, tarjeta de indentificación)
4. Confirmar que sea completado y firmado el certificado de retención federal
5. Confirmar que sea completado y firmado el certificado de retención federal IL W-4 (si aplica)
6. Confirmar que el empleado firme el documento libre de droga. Proveerle al empleado los documentos apropiados que la Compañía hace prueba de dopaje
7. Confirmar que el certificado de la política de acoso sexual sea firmado
8. Confirmar que sea firmado el manual de seguridad
9. Si el empleado se acoje el deposito directo, asegurar que emita cheque anulado y firme la forma
10. Envíe por correo electrónico la solicitud completa a su Generalista de Recursos Humanos al newhire@frontlinehro.com

Afirmo y certifico que se me ha hecho una oferta de empleo, condicionada a la finalización satisfactoria de este manual de nuevas contrataciones y que toda la información proporcionada en este documento con la Compañía es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Me comprometo a cumplir con todas las pólizas, procedimientos y normas de seguridad de la Compañía.

Entiendo que si soy contratado, mi empleo en la Compañía no será por un término específico y puede ser cancelado por mí o por la Compañía sin previo aviso o causa en cualquier momento. Además, entiendo que ninguna promesa oral, póliza de la Compañía, procedimientos proactivos de negocios personalizados u otro procedimiento (incluido el Manual del Empleado de la Compañía o cualquier manual de personal) constituirá un contrato de empleo o una modificación de la relación de empleo a voluntad entre la Compañía y yo.

Reconozco que como condición de empleo, la Compañía tiene derecho y puede requerir pruebas de drogas y alcohol. Las pruebas serán a cargo de la Compañía. Estoy de acuerdo en someterme a tales pruebas si me lo piden.

Estoy de acuerdo en cumplir con la dirección y supervisión de la gerencia con respecto a la operación diaria de mis tareas, que incluyen, entre otras, la determinación de mis salarios o niveles salariales, evaluaciones de desempeño, programación, promociones, transferencias y beneficios.

Apellido

Primer Nombre

Fecha

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO *(ser completado por el empleado):*

Nombre del Empleado: _____

Dirección: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad _____ Estado _____ # de Codigo Postal _____ Teléfono: _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
mm/dd/yyyy

Numero de Licencia de Conducir: _____ Fecha de Expiración: _____
mm/dd/yyyy

Estado Donde se Emitio la Licensia: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza: ☐ Blanco ☐ Afro Americano ☐ Hispano ☐ Asiatico/Pacífico
☐ Indio Americano

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Contacto Principal: _____ Relación: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Móvil: _____

Segundo Contacto: _____ Relación: _____

Teléfono Principal: _____ Mobile Phone: _____

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA *(completado por el jefe):*

Numero de la Compañia: _____ Posición: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Comienzo: _____
mm/dd/yyyy

Pago: \$ _____ Estado: _____
Anualmente o por horas Tiempo completo / Tiempo parcial / Contacto

División: _____ Código de WC: _____

En un compromiso para salvaguardar la salud de nuestros empleados y para proporcionar un entorno de trabajo seguro, hemos establecido una Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas para nuestra compañía. Esta póliza se establece de acuerdo con los requisitos del programa de Lugar de Trabajo Libre de Drogas bajo las leyes y regulaciones estatales aplicables y la Norma 49 CFR del Departamento de Transporte, Procedimientos para Pruebas de Drogas en el Lugar de Trabajo de Transporte. El contenido de estas pautas de drogas y alcohol se presentan como declaraciones de la póliza actual de la compañía y pueden ser modificadas y actualizadas por la compañía según sea necesario. Estas pautas no pretenden crear un contrato entre la compañía y ningún empleado. Nada en estas pautas vincula a la compañía con un período específico o definido de empleo o con pólizas, procedimientos, acciones, reglas, términos o condiciones de empleo específicos. Los detalles de esta póliza se pueden obtener de la gerencia.

Partes Esenciales de la Póliza:

- El cumplimiento de esta póliza es una condición para el empleo continuo.
- Esta póliza prohíbe la venta, posesión, uso, fabricación o distribución de drogas, parafernalia de drogas o alcohol mientras trabaja para o en propiedad asignada o de propiedad de la compañía, o mientras opera cualquier vehículo, maquinaria o equipo propiedad o arrendado por la compañía.
- Es una violación de esta póliza declarar que funciona si se encuentra que hay drogas o alcohol presentes en su sistema o por encima del nivel prescrito por las reglas de prueba de drogas.
- Es una violación de esta póliza informar al trabajo, regresar al trabajo o permanecer en el trabajo con el olor a alcohol en su respiración, independientemente de si está o no intoxicado actualmente.

Pruebas de Empleados:

- **Prueba de sospecha razonable:** los empleados pueden ser examinados cuando existe una sospecha razonable de que el empleado está usando o ha usado drogas mientras realiza sus tareas asignadas.
- **Pruebas de aptitud para el trabajo de rutina:** es posible que se requiera que los empleados como condición de empleo continuo se realicen pruebas de detección de drogas si la prueba se realiza como parte de un examen médico de rutina para el servicio.
- **Post - accidente /incidente de la prueba:** Empleado que causan o contribuyen a un accidente puede ser obligado a someterse a una prueba de drogas. Los empleados, mientras están en el trabajo, quienes sufren lesiones que requieren tratamiento médico más allá de los primeros auxilios pueden someterse a pruebas de drogas.
- **Pruebas de seguimiento:** empleados que han sido determinados a haber consumido drogas o alcohol y son retenidos por la compañía estarán sujetos a pruebas de drogas de seguimiento no anunciadas al menos una vez al año por un período de hasta 2 años.
- **Pruebas adicionales:** Las pruebas adicionales, incluidas las pruebas aleatorias, también se pueden realizar según lo exijan las leyes, normas o reglamentos estatales o federales aplicables, o según lo considere necesario la compañía.

Acción Disciplinarian:

- La compañía puede suspender a los empleados sin pago bajo esta póliza en espera de los resultados de una prueba o investigación de drogas.
- En el caso de una violación por primera vez de esta póliza, cuando un empleado tiene un resultado positivo de prueba de alcohol o drogas, (sin evidencia de uso, venta, distribución, dispensación o compra de drogas o alcohol en propiedad de la compañía o mientras está en deber), el empleado será subarrendado para disciplinar hasta e incluyendo el despido.
- Cualquier empleado que tenga una segunda violación de cualquiera de las partes de esta póliza será despedido.
- Cualquier empleado que use, venda, compre, o distribuya drogas o alcohol mientras esté de servicio o mientras se encuentre en propiedad de la compañía será despedido.
- A un empleado que se niega a someterse a la detección de drogas se le puede negar el empleo continuo.
- Un empleado que se niega a cooperar con un puesto de detección de drogas - accidente estará sujeto a disciplina hasta e incluyendo el despido.
- A un empleado lesionado en un accidente de trabajo que ha confirmado un resultado de prueba positivo se le puede negar la elegibilidad para recibir beneficios médicos y de indemnización según lo estipulan las leyes de compensación de trabajadores aplicables.
- A un empleado que se le da de baja del servicio basado en una prueba positiva confirmada se le negará y posiblemente rechazará su reclamación de beneficios de compensación por desempleo.

Derechos y responsabilidades de los empleados:

- A cada empleado se le dará una oportunidad, tanto antes como después de la detección del uso de drogas, para informar de manera confidencial al Oficial de Revisión Médica asignado el uso de medicamentos recetados y / o sin receta que puedan alterar o afectar los resultados de una prueba.
- Los empleados tienen el derecho, previa solicitud por escrito, de recibir una copia del resultado de la prueba de drogas.
- Los empleados tienen el derecho de consultar al Oficial de Revisión Médica (MRO, por sus siglas en inglés) para obtener información técnica sobre medicamentos recetados y sin receta. Las direcciones de los MRO se pueden obtener de la gerencia.
- Un empleado que está utilizando la prescripción y / o medicamentos de venta sin receta que puede afectar a la capacidad del empleado para trabajar con seguridad deberá informar el uso de medicamentos a su supervisor o de gestión antes de iniciar cualquier trabajo - actividad relacionada. Esta notificación se mantendrá estrictamente confidencial, pero el hecho de no notificar a su supervisor o a la gerencia puede resultar en una acción disciplinaria.
- Toda la información, entrevistas, informes, memorandos de declaraciones y resultados de pruebas de drogas, escritos o no, recibidos por la compañía como parte de este programa de pruebas de drogas son comunicaciones confidenciales. A menos que lo autoricen las leyes, normas o reglamentos estatales o federales, la compañía no divulgará dicha información sin un formulario de consentimiento por escrito firmado voluntariamente por la persona examinada.
- Un empleado que recibe un resultado positivo confirmado de prueba de drogas tiene el derecho de impugnar el resultado.
- A un empleado que elige desafiar los resultados de un resultado de prueba positivo confirmado se le puede volver a probar la muestra original en otro laboratorio calificado. Todas las re-pruebas serán a cargo del empleado.
- El empleado tiene la responsabilidad de notificar al laboratorio de pruebas de drogas de cualquier acción administrativa o civil iniciada en relación con los resultados de los medicamentos. El laboratorio mantendrá una muestra hasta que se resuelva el caso de apelación administrativa.
- Hay disponible una lista del Programa de Asistente de Empleado / Programa de Abuso de Sustancias y se proporcionará a solicitud.
- La compañía proporcionará a los empleados un período de capacitación sobre el abuso de sustancias y esta es una póliza de lugar de trabajo libre de drogas.

Firma de Reconocimiento:

Por la presente reconozco que he recibido y leído un resumen de La Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas de la Compañía. He tenido la oportunidad de tener este material completamente explicado.

Entiendo que este programa de abuso de sustancias está establecido como un requisito de seguridad de acuerdo con las regulaciones estatales aplicables. El programa incluye pruebas de rutina de orina, cabello, sangre u otras muestras autorizadas para determinar la presencia de drogas ilegales. La compañía o sus agentes pueden realizar estas pruebas en cualquier momento para determinar que los empleados cumplan con los requisitos necesarios para el empleo y el empleo continuo. También entiendo que la política del lugar de trabajo libre de drogas y los documentos relacionados no pretenden constituir un contrato entre la compañía y yo.

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido, autorizado y acepto la declaración anterior y cualquier apéndice adjunto y, por la presente, participo voluntariamente en el programa de pruebas de abuso de sustancias.

Nombre del Empleado(impresso)

Firma del Empleado

Fecha

Propósito:

Estamos comprometidos a mantener un ambiente laboral libre de acoso por motivos de raza, credo, religión, género, sexo, origen nacional, edad, estado civil, orientación sexual, o discapacidad. No toleraremos el acoso al personal por parte de un supervisor, compañero de trabajo, proveedor, cliente o cualquier otra persona. El lugar de trabajo y el acoso sexual pueden violar uno o más de los siguientes:

- Título IV de la Ley de Derechos Civiles de 1964.
- Ley de Empleo por Discriminación por Edad
- Acta de Americanos con Discapacidades

Cualquier empleado que se involucre en acoso sexual u otro acoso ilegal viola esta política y la ley y será disciplinado hasta e incluyendo la terminación inmediata.

GUIAS:

El acoso es una conducta verbal o física que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo debido a su raza, color, credo, religión, género, origen nacional, edad, estado civil o discapacidad cuando:

1. Tiene el propósito o efecto de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo
2. Tiene el propósito del efecto de interferir sin razón con el desempeño laboral de un individuo; o
- 3 De lo contrario, afecta negativamente a las oportunidades de empleo de un individuo.

Los ejemplos de acoso inapropiado y prohibido incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Epítetos, insultos, estereotipos negativos o actos amenazantes, intimidantes u hostiles relacionados con la raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad; y,
2. Material escrito o gráfico que denigra o muestra hostilidad hacia un individuo o grupo debido a su raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad y se coloca en paredes, tableros de anuncios o en cualquier otro lugar en los locales de la empresa o circularon en el lugar de trabajo. Esto también incluye actos que pretenden ser "bromas", pero que son hostiles o degradantes, como correos de odio, amenazas, fotografías desfiguradas u otras conductas similares.

Los avances sexuales, la solicitud de favores sexuales y cualquier otra conducta física, verbal o visual de naturaleza sexual constituyen acoso sexual cuando:

1. La sumisión a la conducta es un término o condición explícita o implícita de empleo o empleo continuo;
2. La sumisión o rechazo de la conducta se utiliza como base para las decisiones de empleo que afectan a un empleado, como una promoción, degradación o evaluación;
3. La conducta tiene el propósito o el efecto de interferir razonablemente en el desempeño laboral o de crear un ambiente laboral intimidante, hostil u ofensivo.

El acoso sexual puede incluir, pero no se limita a, proposiciones sexuales no deseadas; insinuaciones sexuales, comentarios sugestivos; Comentarios, gestos o conducta vulgar o sexualmente explícita; bromas, bromas o bromas prácticas orientadas al sexo; y el contacto físico, como rozar el cuerpo de otra persona, pellizcar o palmear. El acoso sexual y en el lugar de trabajo puede estar presente cuando el objetivo de la conducta no es ofendido, pero otros consideran que la conducta es intimidante, hostil o abusiva.

Todo el personal es responsable de ayudar a garantizar que la Compañía se mantenga libre de todo tipo de acoso. Si alguna persona experimenta o es testigo de acoso en el lugar de trabajo, tiene la obligación afirmativa de informar dicha conducta a su supervisor, al Presidente de la Compañía o a Recursos Humanos. No se espera que los empleados denuncien el acoso a una persona que creen que lo está acosando. En esas situaciones, reporte la conducta al Departamento de Recursos Humanos o al Presidente de la Compañía.

Todas las quejas de acoso se mantendrán confidenciales en la medida de lo posible, de manera consistente con la realización de una investigación completa y justa. El personal que viole la confidencialidad está sujeto a disciplina inmediata. Las comunicaciones se harán a otros solo en base a una "necesidad de saber" limitada. No habrá represalias contra ningún empleado por presentar quejas de acoso laboral, a menos que se demuestre que dicha acusación es intencionalmente falsa.

Nos comprometemos a investigar de manera rápida y exhaustiva todas las quejas de acoso. Si, después de una investigación exhaustiva, se determina que se ha producido el acoso, se tomarán medidas disciplinarias inmediatas y apropiadas hasta el alta para poner fin al acoso. Se tomarán los pasos de seguimiento apropiados para garantizar que el acoso se haya detenido. En el caso de que un empleado no esté satisfecho con los resultados de la investigación, el empleado puede apelar por escrito a un ejecutivo superior de la compañía.

Reconocimiento de firma:

Entiendo que la Compañía no tolerará el abuso sexual y otras formas de acoso ilegal. Entiendo que tengo la obligación afirmativa de denunciarlo. También entiendo que el acoso ilegal es motivo de acción disciplinaria hasta e incluyendo el despido inmediato.

Nombre de Empleador (impreso)

Firma de Empleador

Fecha

Numero de Empleado: _____ SSN: _____

Compañía Cliente: _____

Por la presente autorizo a mi Nómina en adelante llamada Frontline HRO para iniciar entradas de crédito e iniciar, si es necesario, entradas de débito y ajustes para cualquier entrada de crédito por error en la cuenta indicada a continuación, de ahora en adelante llamada DEPOSITARIO, para acreditar y debitar las mismas entradas en dicha cuenta.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Segunda Firma: _____ Fecha: _____
(para cuenta compartidas)

Información de banco:

Nombre del Banco: _____ Teléfono del Banco: _____

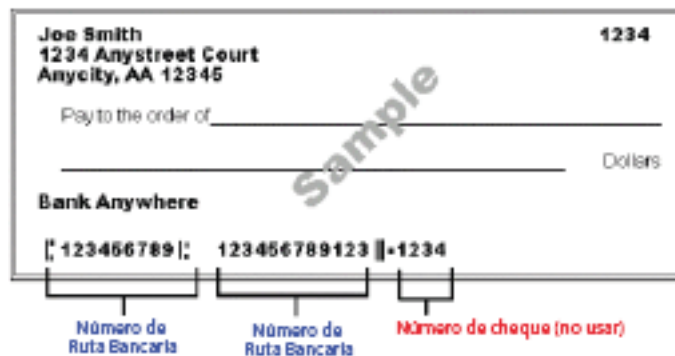
Dirección del Banco: _____

No. de Transito
(ABA numero de ruta) _____

de Cuenta de Cheque: _____ Cantidad Depositada: _____

de Cuenta de Ahorro: _____ Cantidad Depositada: _____

Como encontrar el numero de ruta
y e.I.Y el numero de cuenta ABA



Favor de Adjuntar:

1. Cheque anulado o copia del cheque anulado de cualquier cuenta de cheque listada arriba. Favor de no atachar hoja de deposito, por que el numero de cuenta no es el mismo de numero de cheque.
2. Boleta de depósito de la cuenta de ahorros para cualquier cuenta de ahorros o carta bancaria con la información necesaria para depositar el dinero en su cuenta correspondiente.

Favor de Notar:

Es responsabilidad del empleado notificar a LA COMPAÑÍA siempre que haya algún cambio en la información de la cuenta, incluyendo cualquier cambio en el número de ruta del banco, esto producirá un cheque en vivo hasta que la cuenta pueda ser verificada.

Estas pautas de seguridad se proporcionan para su información y educación. Su objetivo es proporcionarle información básica de seguridad que lo ayudará a evitar lesiones mientras realiza sus actividades diarias.

Directrices Generales de Seguridad

1. Es importante que todos los empleados informen todas las lesiones relacionadas con el trabajo a su supervisor inmediato tan pronto como sea posible después de que se den cuenta de la lesión.
2. Todos deben tener mucho cuidado y consideración en el desempeño de sus deberes para asegurarse de que no causen lesiones a otros o creen riesgos laborales que podrían causar lesiones a otros.
3. Nadie debe tratar de levantar o mover objetos pesados /voluminosos que podrían causar lesiones en la espalda u otras partes del cuerpo. Se le solicita que busque ayuda.
4. Las herramientas personales, el equipo, los cables de extensión, los productos químicos o los calentadores eléctricos no deben ponerse en funcionamiento sin la autorización de la gerencia.
5. Cuando tenga conocimiento de un defecto en la instalación o en el equipo, infórmelo al administrador de la instalación para que tome las medidas correctivas adecuadas. El no informar las condiciones defectuosas puede causar lesiones.
6. Nunca intente reparar equipos o aparatos eléctricos mientras esté en servicio. Etiquétalos fuera de servicio y notifica a la autoridad apropiada para afectar la reparación.
7. Los gabinetes pueden ser muy peligrosos si se usan incorrectamente. Abrir dos cajones simultáneamente puede hacer que un gabinete se caiga al piso. Siempre que sea posible, los gabinetes deben atornillarse en conjunto, asegurarlos al piso o pared.
8. Los líquidos inflamables siempre deben almacenarse en recipientes apropiados y cerrados. Los suministros grandes deben almacenarse en gabinetes aprobados por UL o otros medios apropiados descritos por el Departamento de Bomberos. Los líquidos inflamables nunca deben dejarse desatendidos.
9. Los objetos pesados deben almacenarse en estantes inferiores, mientras que los más ligeros y menos peligrosos pueden almacenarse en los estantes medios y superiores.
10. Las estanterías, los gabinetes de almacenamiento y otras áreas de almacenamiento elevadas deben estar bien aseguradas.
11. Los muebles defectuosos, las alfombras gastadas, las sillas defectuosas, los pasamanos sueltos u otros defectos de las instalaciones que podrían contribuir a un accidente deben informarse a los servicios del edificio para que tomen las medidas correctivas adecuadas.
12. Todos deben tomarse un tiempo para ser educados con respecto a los procedimientos de emergencia.

Técnicas de Elevación Apropriadas

1. **POSTURA:** Su espalda y cuello tienen curvas naturales que deben mantenerse flexibles. Una buena postura mantiene esas curvas y reduce el estrés en los músculos, los ligamentos y los discos que absorben los golpes entre los huesos de la columna vertebral.
2. **PLAN:** Levante mentalmente primero, planifique su ruta y el lugar donde colocará la carga. Cuando la carga sea pesada o voluminosa, busque ayuda. Pedir a un compañero de trabajo o utilizar equipos para facilitar la tarea (por ejemplo, mecánica elevadora, carretilla, etc.).
3. **LEVANTAMIENTO:** Establezca una buena posición al acercarse al objeto que pretende levantar. Doble tus rodillas, no tu espalda, y agárrate bien. Planea sostener el objeto cerca de tu cuerpo. Aprieta tu estómago mientras levantas. Levante suavemente con sus piernas, no su espalda.
4. **MOVIMIENTO:** Párese derecho mientras mueve el objeto. No tuerza su cuerpo mientras levanta; más bien, gira los pies. Mantén tu equilibrio. Si tienes un problema, pide ayuda. Está seguro de su paso y camino.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PAUTAS DE SEGURIDAD. SIEMPRE MANTENERÉ PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURO COMO SE ESCRIBIÓ ANTERIORMENTE Y REPORTARÉ INMEDIATAMENTE CUALQUIER INFACCIÓN A MI SUPERVISOR.



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

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

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

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)		Apt. Number	City or Town		State	ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number [][][] - [][] - [][][][]		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number	

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

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

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

Preparer and/or Translator Certification (check one):

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

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

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



Employer Completes Next Page





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

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

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space		
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ **(See instructions for exemptions)**

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)		Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative		First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)			City or Town		State ZIP Code

Section 3. Reverification and Rehires (To be completed and signed by employer or authorized representative.)

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record	1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

2023**Step 1:**
Enter
Personal
Information

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse ☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, other details, and privacy.

Step 2:
Multiple Jobs
or Spouse
Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

- (a) Reserved for future use.
- (b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**
- (c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate ☐

TIP: If you have self-employment income, see page 2.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only **ONE** of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):		
	Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____		
	Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____		
	Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here	3	\$ _____
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$ _____
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here	4(b)	\$ _____
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period . .	4(c)	\$ _____

Step 5:
Sign
Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

Employers
Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)
-----------------------------	--------------------------	--------------------------------------

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2023 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2022 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2023. You had no federal income tax liability in 2022 if (1) your total tax on line 24 on your 2022 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2023 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2024.

Your privacy. If you have concerns with Step 2(c), you may choose Step 2(b); if you have concerns with Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c).

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay income and self-employment taxes through withholding from your wages, you should enter the self-employment income on Step 4(a). Then compute your self-employment tax, divide that tax by the number of pay periods remaining in the year, and include that resulting amount per pay period on Step 4(c). You can also add half of the annual amount of self-employment tax to Step 4(b) as a deduction. To calculate self-employment tax, you generally multiply the self-employment income by 14.13% (this rate is a quick way to figure your self-employment tax and equals the sum of the 12.4% social security tax and the 2.9% Medicare tax multiplied by 0.9235). See Pub. 505 for more information, especially if the sum of self-employment income multiplied by 0.9235 and wages exceeds \$160,200 for a given individual.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

If you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option (c). The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is roughly accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2023 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b)—Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)

If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on **only ONE** Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables.

- 1 Two jobs.** If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, **skip** to line 3 **1** \$ _____
- 2 Three jobs.** If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
 - a** Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a **2a** \$ _____
 - b** Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **2c** \$ _____
- 3** Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. **3** _____
- 4 Divide** the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in **Step 4(c)** of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) **4** \$ _____

Step 4(b)—Deductions Worksheet (Keep for your records.)

- 1** Enter an estimate of your 2023 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income **1** \$ _____
- 2** Enter:

• \$27,700 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$20,800 if you're head of household • \$13,850 if you're single or married filing separately	}	
--	---	-----------

2 \$ _____
- 3** If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" **3** \$ _____
- 4** Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Estimado empleado,

Su empresa está participando en un programa federal bajo la Ley PATH para crear empleos.

Para cumplir con las pautas de este programa, solicitamos su ayuda para completar la siguiente breve encuesta por teléfono, enlace web o código QR de enlace web. Toda la información que proporcione será confidencial y no afectará el proceso de contratación.

Cualquier información que proporcione es confidencial y será revisada en estricta confidencialidad con el Departamento de Trabajo para determinar la elegibilidad para los programas de iniciación laboral disponibles.

Seleccione uno de los siguientes métodos para completar este proceso:

Proyección web: <https://wotc.irecruit-us.com/admin.php?wotcID=frontlineHRO>

**Proyección web
de teléfonos
inteligentes:**



Centro de llamadas #: 866-597-6917

Apreciamos mucho su tiempo y cooperación con este esfuerzo.

¡Gracias!

Pre-Screening Notice and Certification Request for the Work Opportunity Credit

OMB No. 1545-1500

► Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.

Solicitante de empleo: complete las líneas a continuación y marque las casillas correspondientes. Completa solo este lado.

Nombre: _____ Número de seguridad social ► _____

Dirección de la Calle Donde Usted Vive: _____

Ciudad o pueblo, estado y código postal: _____

Condado: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene menos de 40 años, ingrese su fecha de nacimiento (mes, día, año): _____

- 1 ☐ Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.
- 2 ☐ Check here if **any** of the following statements apply to you.
 - I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a. Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b. Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.
- 3 ☐ Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 4 ☐ Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.
- 5 ☐ Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 6 ☐ Check here if you are a member of a family that:
 - Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.
- 7 ☐ Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

La Firma—Todos los solicitantes deben firmar

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

SIGN HERE

Job applicant's signature ►

Date

Estimado nuevo empleado: su empleador está participando en un programa federal para iniciar los trabajos. Para completar los requisitos, por favor complete la siguiente encuesta:

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Seguridad Social: # _____ - ____ - ____
Print nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ ¿años tienes?: ____
Ha trabajado para este empleador antes? SÍ ☐ NO ☐ si es sí, última fecha de empleo: ____ / ____ / ____

Por favor respuesta YES OR NO a las siguientes preguntas:

(Por favor también completar la parte superior y firmar la parte inferior de la forma 8850. ¡ Gracias!)

1. **En los últimos 6 meses, usted o el miembro de la familia recibieron complemento /Food Stamps?** SÍ ☐ NO ☐ Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
2. **En los últimos 18 meses, han recibido TANF (asistencia temporal para familias necesitadas)?** SÍ ☐ NO ☐
Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
3. **¿Eres un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?** SÍ ☐ NO ☐ (Si NO, por favor vaya a la pregunta #4.)
 - Han sido desempleados combinado periodo de (6) meses durante el año pasado? SÍ ☐ NO ☐
 - Ha estado desempleado durante un combinado (4) semanas pero menos de (6) meses durante el año pasado? SÍ ☐ NO ☐
 - Fueron descargadas o liberado del servicio activo en el último año? SÍ ☐ NO ☐
 - Son usted tiene derecho a una indemnización por una incapacidad relacionada con el servicio? SÍ ☐ NO ☐
 - ¿Es un miembro de una familia que recibe beneficios de SNAP por al menos 3 meses durante los últimos 15 meses antes de que fueron contratados? SÍ ☐ NO ☐Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
4. **¿En los últimos 60 días, usted recibió beneficios de seguridad de ingreso suplementario (SSI)?** SÍ ☐ NO ☐
5. **¿En el último año, usted condenado por un crimen o sale de la cárcel tras una condena por delito mayor?** SÍ ☐ NO ☐
¿Si ☐ NO ☐ • Si sí, anote la fecha de convicción: ____ / ____ / ____ y la fecha de lanzamiento: ____ / ____ / ____
 - era un federal ☐ o una convicción de ☐ estado?
6. **Ser referidos por una agencia para empleados con discapacidades?**
(Debe ser una agencia de rehabilitación vocacional) SÍ ☐ NO ☐
 - ¿Está siendo referido por boleto de la Seguridad Social al programa de trabajo para los empleados con discapacidades? SÍ ☐ NO ☐
 - ¿Está siendo referido por el Departamento de Asuntos Veteranos? SÍ ☐ NO ☐
7. **¿Ha recibido compensación por desempleo por más de 26 semanas consecutivas?** SÍ ☐ NO ☐

Starting Hourly Wage: \$ _____

Start Date: ____ / ____ / ____

CMS es responsable de administrar este programa de su empleador y es una organización independiente. Toda la información divulgada por usted mismo, por lo tanto, se tratarán de forma independiente por su empleador. La información que proporcione es confidencial y se utilizará solamente por CMS en estricta confidencialidad con el Departamento de trabajo para determinar su elegibilidad para el programa. Gracias por su tiempo y esfuerzo.

