# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com

## Informacion de Aplicacion

**No De Seguro Social**: _____ **Fecha Disponible**: _____ **Salario Deseado**: _____

**Nombre:** _____ **Fecha**: _____
*Apellido* *De Pila* *M.I.*

**Dirección**: _____
*Dirección Permanente* *Número Apartamento*

_____
*Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

**Teléfono:** _____ **Correo Electronico:** _____

**Contacto de emergencia:** _____ **Teléfono:** _____

**Puesto Solicitado:** _____

**¿Eres un ciudadano de los Estados Unidos?** ☐ Si ☐ No **¿Está Autorizado para trabajar legalmente en EE.UU?** ☐ Si ☐ No

**¿A postulando a esta compañía antes?** ☐ Si ☐ No **¿Cunado?** _____

**¿Se ha condenado alguna vez de un crimen?** ☐ Si ☐ No

**Si es así, explique:** _____

_____

***UNA PENA NO LO EXCLUIRA NECESARIAMENTE COMO POSTULANTE LA INFORMACION SE USARA SOLO PARA FINES RELACIONADOS CON EL TRABAJO Y HASTA DONDE LA LEY LO PERMITA.***

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com


## Educacion

| Nombre de la Escuela | | Dirección | Desde | Hasta | ¿Se graduó? | Sustantivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Escuela Secundaria** | | | | | ☐ Si ☐ No | |
| **Universitario** | | | | | ☐ Si ☐ No | |
| **Otro** | | | | | ☐ Si ☐ No | |
| **Otro** | | | | | ☐ Si ☐ No | |

## Referencias

*Por favor enumere 3 referencias.*

| | |
|---|---|
| **Nombre:** | **Relación:** |
| **Compañía:** | **Teléfono:** |
| **Dirección:** | |
| | |
| **Nombre:** | **Relación:** |
| **Compañía:** | **Teléfono:** |
| **Dirección:** | |
| | |
| **Nombre:** | **Relación:** |
| **Compañía:** | **Teléfono:** |
| **Dirección:** | |

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com


## Empleadores Anteriores

**Compañía:** _____ **Teléfono:** _____

**Dirección:** _____ **Sustantivo:** _____

**Título del trabajo**: _____ **Salario**: **$** _____

**Responsabilidad**: _____

**Desde:** _____ **Hasta:** _____ **Razón de Salida**: _____

**¿Podemos contactar a su supervisor anterior para una referencia?** ☐ Si ☐ No

**Compañía:** _____ **Teléfono:** _____

**Dirección:** _____ **Sustantivo:** _____

**Título del trabajo**: _____ **Salario**: **$** _____

**Responsabilidad**: _____

**Desde:** _____ **Hasta:** _____ **Razón de Salida**: _____

**¿Podemos contactar a su supervisor anterior para una referencia?** ☐ Si ☐ No

**Compañía:** _____ **Teléfono:** _____

**Dirección:** _____ **Sustantivo:** _____

**Título del trabajo**: _____ **Salario**: **$** _____

**Responsabilidad**: _____

**Desde:** _____ **Hasta:** _____ **Razón de Salida**: _____

**¿Podemos contactar a su supervisor anterior para una referencia?** ☐ Si ☐ No

## Descargo y Firma

*Certifico que los datos contenidos en esta solicitud son a mi mejor saber y entender verdaderos y completos, y entiendo que si me emplean, las declaraciones falsas contenidas en esta solicitud serán causales de despido.*

*Autorizo que se indaguen todos los datos, las referencias y los empleadores contenidos en esta solicitud, con el fin de recabar información relativa a mis empleos anteriores, y toda la información pertinente, personal o de cualquier otro tipo, que los mismos pudieran aportar, y libero a la compañía de cualquier responsabilidad por cualquier daño que pudiera resultar por la utilización de dicha información.*

*También entiendo y acepto que ningún representante de la compañía está facultado para hacer un contrato por algún periodo determinado, ni para hacer un contrato contrario a lo precedente, a menos que el mismo sea por escrito y firmado por un representante autorizado do de la compañía.*

*Esta denegación no permite la divulgación ni el uso de información médica o relacionada con discapacidades, tal como lo establece la ADA (Ley de Estadounidenses con Discapacidades) y otras leyes federales y estatales pertinentes.*

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
employment@constructiongroupstaffing.com


I authorize Construction Group Staffing to initiate electronic credit entries, and if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error to my:

__ Checking Account

__ Savings Account

I acknowledge that the origination of ACH transactions to my account must comply with the provisions of U.S. law. This authority will remain in effect until I have canceled it in writing.

Name (Please Print) Social Security Number

Signature Date

**TO ENROLL IN DIRECT DEPOSIT PLEASE FILLOUT THE FOLLOWING INFORMATION:**

**Financial Institution**

**Financial Institution Address**

**City** **State** **Zip**

**Financial Routing/Transit Number** **Account Number**

**PLEASE ATTACH A VOIDED CHECK (NOT A DEPOSIT SLIP)**

Signature Date

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com


## Igualdad De Oportunidades De Empleo

### Informacion del solicitante

Nombre: _____
*Apellido* *De Pila* *M.I.*

Direccion: _____
*Dirección Permanente* *Número Apartamento*

_____
*Ciudad* *Estado* *Codigo Postal*

Telefono: _____ No. De Seguro Social: _____

Posicion Solicitada: _____

### Informacion Voluntaria

*Esta informacion esta pedida de acuerdo con regulaciones federales. Esta informacion es voluntaria y no permitida para tener en cuento con contratar lo con nuestra compania.*

**Racial or Ethnic Group**

- ☐ American Indian/Alaskan
- ☐ Asian/Pacific Islander
- ☐ Black/African American
- ☐ Hispanic/Latino
- ☐ White/Caucasian
- ☐ Other

**Gender**

- ☐ Female
- ☐ Male

**Military Service**

- ☐ Pre-Vietnam Era
- ☐ Vietnam Era
- ☐ Post-Vietnam Era
- ☐ Disabled Veteran

**How did you hear about this position?**

- ☐ Newspaper
- ☐ Company Employee
- ☐ Professional Publication
- ☐ Job Fair
- ☐ Placement Office
- ☐ Web Site
- ☐ Other

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com


# Employee Handbook

## Las instalaciones de seguridad (PPE) necesarias en cada sitio se ponen en una lista abajo:

Casco

Chaleco de seguridad

Guantes

Gafas de Seguridad

**No podrá trabajar en cualquier sitio sin estos elementos de seguridad.**

Entiendo y tendrá el necesario PPE para trabajar. Ningún equipo de seguridad suministrado por Construction Group Staffing será deducido de los empleados del primer cheque.

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

## Reglas de Seguridad

Construction Group Staffing quiere que usted esté seguro en cualquiera y todas las asignaciones en las cuales usted trabaja. Sin embargo, no podemos estar en todos y cada el sitio de trabajo con usted para asegurar que nuestros clientes se preocupan por la seguridad tanto como hacemos. Si le piden hacer algo en un sitio de trabajo que es peligroso, no lo haga. **Llámenos inmediatamente y le dirigiremos en como tom siguen.**

Si se le pide a trabajar más de 6 pies del suelo, debe darse equipo para protegerse de la caída. Si no recibe el equipo, no vaya por encima de la tierra hasta que usted nos llame para obtener instrucciones.

Si se le pide que trabaje en una zanja de más de 4 pies de profundidad, no tan hasta usted llamarnos para obtener instrucciones.

Es peligroso trabajar en temperaturas calientes. Por el momento que siente sed o enfermo, es demasiado tarde. Beba mucha agua fresca todo el día. Seguir tomando descansos, lleve ropa ligera de algodón y tratar de hacer el trabajo más pesado y más difícil en la hora más fresca del día. Trate de trabajar en la sombra tanto como posible. Si fuera a hacer nada en el opuesto de estas instrucciones llámenos inmediatamente.

Usted es responsable de proporcionar a todos los **EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**, esta es la de incluir pero no se limita a, casco, chaleco de seguridad, gafas, tapones para los oídos, guantes y botas. Si no tiene los **PPE** para un trabajo específico que usted debe informarnos y haremos lo que podamos para conseguir lo que usted necesita.

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com


**Compensación de Trabajadores –** Si liegas herido mientras trabajaba para nosotros, nos debe decir en la primera oportunidad que te incluso si piensa que no es grave o no desea atención médica. Cuando usted se registra para su cheque de pago, parte de lo que está firmando es una declaración que usted nos ha dicho que no salir lastimado en un trabajo de Construction Group Staffing Nosotros y nuestra compañía de seguros se niegan y escudriñar cualquier y todo reclamo que no es reportado en una cuestión de tiempo. Esto podría causar que usted pierda cobertura o beneficios. Por favor reporte cualquier accidente nos pase lo que pase.

**A quien usted es –** Si usted miente sobre que estas o nos dan documentos falsificados, como una tarjeta de seguridad social, documentos de licencia o inmigración de controladores como identificación, puede ser culpable de un delito grave de tercer grado castigado con hasta 5 años de prisión y una multa de $5,000.00. Construction Group Staffing Toma esto en serio y se presentar cargos.

**Disponibilidad de trabajo –** Trabajas para nosotros día a día. Si se le ofrece trabajo depende de lo que nuestros clientes necesitan cada día, cuando te presentas en nuestra oficina, que habilidades tienes y fiable como estas. No podemos garantizar que se le ofrecerá trabajo. Si usted está en una asignación y perder un día de esa asignación sin notificación apropiada, Construction Group Staffing se estimen que renunció voluntariamente.

**Caminar fuera del trabajo –** Si caminas un trabajo por cualquier motivo que porque le dijimos después de enterarse de una preocupación de seguridad, o si se arrancó el trabajo por el cliente, se le pagara salario mínimo sin importar que salario acordó al comienzo del día o de proyecto y luego solo durante las horas que el cliente dice efectivamente trabajadas. Siempre es conveniente ponerse en contacto con Construction Group Staffing oficina si tiene alguna inquietud sobre el trabajo o el lugar de trabajo.

**Actuar respetuosamente –** Esperamos que cada empleado de Construction Group Staffing trate a nuestro personal de oficina, sus co-empleados, clientes y a todos los demás con respeto y cortesía común mientras en nuestra propiedad o en el sitio web de trabajo de un cliente.

**Alcohol y Drogas ilegales –** Construction Group Staffing es un lugar de trabajo libre de drogas y alcohol. No vengan a trabajar bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales. No tomar o usar drogas ilegales, alcohol o drogas legales no prescritas a usted por un médico mientras trabajada para Construction Group Staffing No comprar, vender o se drogas ilegales o drogas legales no recetado a usted mientras trabajada para Construction Group Staffing Cualquiera de estas cosas y serán terminados. Usted acepta que nosotros le podemos probar de drogas y alcohol en cualquier momento, incluso después de cualquier accidente de trabajo. Si usted se niega a probar cuando se le pregunto, usted terminara.

## Reglas básicas de Trabajo para Construction Group Staffing

Si en cualquier momento su asignación se termina con un cliente, es su responsabilidad de informar Construction Group Staffing INMEDIATAMENTE entonces Construction Group Staffing puede programar su siguiente asignación. El fracaso de hacer un informe será tomado como la DIMISIÓN DE VOLUNTARIO.

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

# Construction Group Staffing

1345 E. Chandler Blvd. Suite 205
Phoenix, AZ 85048
Phone: (480) 219-9795
FAX: (480) 219-9709
payroll@constructiongroupstaffing.com


## Reconocimiento del Manual de Empleado

He recibido una copia del manual del empleado. Entiendo que se aplica a mí y mi posición en Construction Group Staffing Reconozco que tengo un deber bien familiarizarme con su contenido. Además entiendo que servicios de grupo consolidado puede rescindir, cambiar o agregar a las políticas o prácticas que se describen en el manual del empleado de vez en cuando, en nuestro único discreta ion con o sin previo aviso. También entiendo que soy totalmente responsable de completamente leer y entender este manual. Estoy de acuerdo en que este manual sustituye todos los anteriores manuales, políticas, normas y procedimientos discutidos en este manual. Entiendo que puedo pedir que mi manager en cualquier momento para cualquier información sobre cualquier tema cubierto en este manual. También estoy de acuerdo en que he recibido una copia de este manual.

Sé que mi empleo es por ningún tiempo específico y es en todo momento "A voluntad", y que puedo terminar mi empleo en cualquier momento con o sin previo aviso. Construction Group Staffing puede terminar mi empleo en cualquier momento con o sin causa, con o sin previo aviso y sin liablility. No confío en cualquier declaración contenida en este manual como crear o intentar crear ningún tipo de contrato de trabajo con los Construction Group Staffing.

Entiendo que los Construction Group Staffing solo tiene la responsabilidad de administrar su sitio de trabajo, seleccionar a sus clientes, reclutar, contratar, establecer programas y asignar y dirigir el trabajo de los empleados. Estoy de acuerdo que Construction Group Staffing solo tiene la responsabilidad de reclasificar a los empleados, establecer definiciones de trabajo, establecer y hacer cumplir las reglas y reglamentos, empleados de la disciplina (incluyendo suspensión o descarga). Construction Group Staffing mantiene la discreción sin restricciones, para tomar decisiones todas concierne a mi empleo, incluidas las decisiones sobre la descripción de mi trabajo, responsabilidad de trabajo y cambiar en mi compensación (Esto incluye aumenta y disminuye).

**Firma:** _____ **Fecha:** _____

# Construction Group Staffing

## Póliza De Tiempo De Enfermedad Acumulada

1. Propósito:
   La meta de Construction Group Staffing (CGS'S) es crear una forma fácil y directa, de usar El Tiempo De Enfermedad Acumulado. El propósito de esta póliza es proveer a los empleados de CGS con una forma flexible de ganar Tiempo De Enfermedad del trabajo, Cual puede ser usado para cual quiera de las razones en la lista de la sección (d) de este documento, Donde los empleados necesitan tomar tiempo de su trabajo. Nuestra meta es proveer a nuestros empleados con el mandato estatal ganado Tiempo De Enfermedad.

2. Tiempo De Enfermedad Empleados Elegibles:
   a. La póliza aplica a todos los empleados de la organización CGS. Esto incluye tiempo completo, medio tiempo, por hora, de temporada, y temporal.
   b. La póliza describe los objetivos y las políticas de esta organización en mantener en orden la póliza de Tiempo De Enfermedad Acumulado.

3. Póliza:
   a. El Tiempo De Enfermedad se empezado acumularse desde Julio 1, esta fecha representa tu fecha de aniversario, a nuevos empleados que empiecen después de Julio 1, la fecha de aniversario seria la fecha que comenzó a trabajar.
   b. Un empleado de CGS ganara (1) hora de Tiempo De Enfermedad por cada (30) horas trabajadas por el empleado. Anualmente son (40) horas.
   c. Al fin de cada ano de acumulación, el empleado puede llevar horas de Tiempo De Enfermedad hasta 40 horas para el siguiente año, (por 12 meses) pero el empleado no puede usar más de 40 horas dentro de ese año. Empleados tienen derecho de usar el Tiempo De Enfermedad acumulado después de 90 días de ser empleado. Empleados pueden usar el Tiempo De Enfermedad para cual quiera de las razones descrito en California Section 39.0106(a) y Arizona Section A.R.S. 23-373, cuales incluye, pero no es limitado a, tiempo para problemas médicos personales o para problema médicos de un miembro de su familia.
   d. El empleado puede usar el Tiempo De Enfermedad que ya se acumulado para alguna de las siguiente razones:
      - Empleado esta físicamente o mentalmente incapaz de hacer su trabajo, debido a una enfermedad, lesión, o una condición médica del empleado;
      - Propósito de obtener un diagnostico profesional o tratamiento para una condición médica del empleado;

- Para otras razones médicas del empleado, como un embarazo o para obtener un examen físico.
- Empleado está proveyendo cuidado o asistencia a un miembro de su familia, con alguna enfermedad, lesión, o condición médica, incluyendo asistencia en obtener diagnostico profesional o tratamiento para condición médica;
- Una ausencia del empleado para uso de tiempo seguro (e.g. debido a violencia doméstica, asalto sexual, o asecho);
- Lugar de trabajo del Empleado está cerrado por orden de un oficial publico debido a emergencia de salud pública, o si empleado está cuidando o ayudando a un niño/niña , cual escuela o lugar de cuidado infantil este cerrado por orden de un oficial publico debido a una emergencia de salud pública.

**Empleado puede usar Tiempo De Enfermedad ganado en incrementos de 1 hora**

**Nota: El empleado debe de perder tiempo de trabajo programado para poder recibir pago por la ausencia.**

e. Empleado de CGS debe (dentro de 24 horas de haber fallado un día) notificar a CGS si está solicitando el uso de Tiempo De Enfermedad ganado para cual quiera de las razones en la lista de arriba. CGS va a investigar si usted estaba programado a trabajar y/o si su asignación había llegado a su fin. Si asignación había llegado a un fin, entonces el Tiempo De Enfermedad no podrá ser concedido por el hecho de que no estaba programado a trabajar.

f. Cuando el uso de Tiempo De Enfermedad ganado es previsible, como definido bajo California Section 39.0106(a) y Arizona Section A.R.S. 23-373, El empleado deberá hacer en esfuerzo de buena fe a proveer aviso avanzado a un representante de CGS para el uso de Tiempo De Enfermedad ganado. El empleado deberá hacer el esfuerzo razonable para programar el uso de Tiempo De Enfermedad ganado de una forma que no interrumpa las operaciones de la compañía.

g. Para una ausencia de más de 2 días consecutivos de trabajo, el empleado de CGS debe proporcionar documentación de que el uso de Tiempo De Enfermedad ganado es y será autorizado bajo subsección (a) de esta sección definido California Section 39.0106(a) y Arizona Section A.R.S. 23-373.
    a. CGS debe aceptar como razonable, documentación firmada de un proveedor de cuidado de salud con licencia indicando la cantidad de Tiempo De Enfermedad que ba necesitar tomar.

h. Si el empleado ya no trabajo con CGS por cual quiere razón, las horas ganadas y acumuladas de Tiempo De Enfermedad no serán pagadas ni se podrán hacer "dinero efectivo" debido a la separación del empleo.

i. Bajo la empresas' s Family and Medical Act (FMLA) política, todo el Tiempo De Enfermedad acumulado y ganado deberá ser usado antes de empezar tiempo FMLA sin pago. En otras palabras empleados deben agotar Tiempo De Enfermedad cuando usando FMLA.

_____ _____ _____

Printed Name Signature Date

# Construction Group Staffing

## Post-Offer Medical Questionnaire

(To be maintained in a separate file of confidential medical records)

**IF THERE IS ANY QUESTION OR STATEMENT ON THIS FORM THAT YOU DO NOT UNDERSTAND, ASK FOR ASSISTANCE FROM THE PERSON INTERVIEWING YOU.**

Employee Name _____ Social Security # _____-_____-_____

Date of Birth _____/_____/_____ Height _____ Weight _____
Month Day Year

By completing this form, I am verifying that the above named company has already presented a conditional job offer to me.

**Circle the appropriate yes or no and complete the appropriate blanks.**

| | | **Have You Ever Had?** |
|---|---|---|
| Yes | No | Asthma, Allergies, Pulmonary Disease |
| Yes | No | Migraine headaches |
| Yes | No | A head injury |
| Yes | No | Fainting spells or dizziness, seizures |
| Yes | No | Swelling of the legs or ankles |
| Yes | No | Skin rashes or Eczema |
| Yes | No | Joint pains or Arthritis |
| Yes | No | Cancer |
| Yes | No | Repetitive Motion Disorder, Carpal Tunnel Syndrome, Tendonitis |

| | | **Have You Ever Had?** |
|---|---|---|
| Yes | No | Knee problems |
| Yes | No | Diabetes |
| Yes | No | Color blindness |
| Yes | No | Loss of sight of one or both eyes |
| Yes | No | Cardiovascular disorder, heart trouble |
| Yes | No | Tuberculosis |
| Yes | No | Hemophilia |
| Yes | No | Chronic infection of bone |
| Yes | No | Depression |

---

Yes No Do you have partial loss of hearing?
Yes No Have you ever had an audiogram (hearing test)? If yes, results _____
Yes No Do you need glasses to read or for distance?
Yes No Any broken bones? Which bones? _____ When? _____
Yes No High blood pressure? If yes, do you take medication to control high blood pressure? Yes No
Yes No Any serious injuries? Month _____ Year _____ Nature of the injury _____
Yes No A hernia or rupture? Month _____ Year _____
Yes No Any neck pain, injury or problems? Month _____ Year _____
Yes No Injured back? Month _____ Year _____
Yes No Surgery? Month _____ Year _____ Type? _____
Yes No Ever refused surgery? If yes, why? _____
Yes No Injured shoulder? If yes, which one _____ Month _____ Year _____
Yes No Injured knee? If yes, which one _____ Month _____ Year _____

| | | **Have You Ever Had?** |
|---|---|---|
| Yes | No | An allergic reaction to any drugs? Which drugs? _____ |
| Yes | No | Partial loss of uncorrected vision of more than 75 percent bilaterally? |
| Yes | No | Psychoneurotic disability following confinement for treatment in a recognized medical or mental institution for a period in excess of six months? |
| Yes | No | Any permanent condition that constitutes 20 percent impairment of a foot, leg, hand, or arm, or of the body as a whole? |
| Yes | No | Do you or have you within the past year participated in recreational drug use? |
| Yes | No | Have you ever participated in a drug abuse treatment program? Where? _____ |
| Yes | No | Do you currently take any prescription medications? If so, what? _____ |
| Yes | No | Do you have any condition or have you sustained any injury that would have an effect on your capacity to perform the duties of this position without reasonable accommodations? |

Estimate the number of workdays you have lost in each of the past two years. _____ _____

Please list the name of any doctors you have seen during the past two years. List your family doctor first.

_____

Yes No Have you ever been hurt on the job or filed a worker's compensation claim in the past?

If yes, how many times? _____ What Years? _____ _____ _____ _____

Please provide pertinent facts to every previous ailment or injury contributing to impairment, as well as all previous worker's compensation claims in the space provided:

_____

_____

**Have You Ever Been Refused Employment or Unable to Hold a Job Because of?**

Yes No Sensitivity to dust
Yes No Other medical reasons? Please Specify below.
_____

Yes No Inability to perform certain motions
Yes No Inability to assume certain positions

*****OUR WORKERS COMPENSATION INSURANCE CARRIER MAY CHECK FOR PREVIOUS CLAIMS BY NAME AND SOCIAL SECURITY NUMBER. IF YOU HAD A PREVIOUS CLAIM OR INJURY, AND FAIL TO MAKE US AWARE OF IT, YOU MAY BE LEGALLY DENIED BENEFITS IN THE EVENT OF A NEW INJURY BY OPERATION OF THE LANDMARK RYCROFT RULING. FOR YOUR OWN PROTECTION AND APPROPRIATE MEDICAL CARE, PLEASE MAKE US AWARE OF ANY PREVIOUS INJURIES.*****

_____ _____
Signature Date

_____ _____
Company Representative Date

# Construction Group Staffing

## EMPLOYEE DRUG AND ALCOHOL SCREEN CONSENT FORM

**I, _____, hereby understand that, as a condition of my employment, I may be subject to drug and/or alcohol testing for any of the following reasons:**

- Pre-employment
- Post-Hire
- Post-Accident
- For Cause or Suspicion
- Random
- Promotion and/or Job Transition

**I understand that when I am requested to produce a specimen for drug and/or alcohol testing, I must comply immediately. I also understand that a positive drug or alcohol test or that my refusal to produce a specimen upon request can be cause for termination. I further understand that the illegal use, sale, possession, or distribution of drugs or alcohol, as well as any illegally obtained prescription medication, is a violation of company policy and is cause for immediate termination.**

**I understand and accept the terms of this agreement as a condition of my employment. _____**
**(Employee Initials)**

## RELEASE OF CRIMINAL RECORDS

**I, the undersigned, do hereby authorize the above company to examine any and all criminal records and arrests on file in the counties in the State of Arizona or any other state, IF NEEDED. In doing so, I understand that I am waiving my right of confidentiality concerning my criminal history. I also Herby release any parties concerned from any actions whatsoever, arising out of or relating to the release of the requested information.**

**At this time, would your Criminal / Background History Report show any derogatory information at all? (Circle One.) Yes No**

**Answering "yes" will NOT automatically disqualify you from employment consideration.**

**If yes, please explain in detail.** _____

_____

_____

_____ _____
**Signature** **Date**

_____ _____
**Print Name** **Social Security Number**

_____ _____
**Driver's License Number** **Street Address**

_____ _____ _____
**City** **State** **Zip**

# Construction Group Staffing

## PHYSICAL ABILITIES / ESSENTIAL JOB FUNCTIONS

**JOB TITLE/DESCRIPTION** _____

**Once a conditional job offer is made, please be aware all persons may be required to furnish health condition information and, if necessary, submit to an examination by a company-designated physician. This information will be used to determine appropriate job placement. It shall not be used to disqualify an otherwise qualified person who may have a mental or physical disability.**

**The following are physical requirements pertaining to the job for which you are applying. These physical requirements are essential functions of the job and are in addition to the skills, certification, and years of experience or other qualifications required to perform the job(s) for which you have applied.**

**Note: Only those essential functions relevant to the job(s) for which you have applied will be checked below. Are you able to perform the tasks or functions that are checked ( √ )?**

- ☐ **Are you physically able to type or work at a keyboard or typewriter most of the day, if required….. Yes No (This is not asking if you can type.)**
- ☐ **Work at and view a video display terminal for an eight hour or more shift…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Grip, grasp, and twist using your hands and wrists…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Stand for long periods of time during your shift…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Lift and /or carry up to 25 lb. regularly during your shift…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Climb stairs with loads up to 25 lb. during your shift…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Reach over your head with 10 – 25 lb. loads regularly during your shift, if required…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Work around dust and wear a respirator if required…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Wear proper safety equipment – hardhat, goggles, glasses, respirators, steel-toe boots, etc. …… Yes ○ No ○**
- ☐ **Understand hazard communication and safety information…… Yes ○ No ○**
- ☐ **Other/additional essential functions:_____ Yes ○ No ○**

**Based on the information discussed and/or received, I feel as though I (circle One) CAN○ CAN NOT ○ perform the essential functions of the job we've discussed.**

*** If you cannot perform one or more of the job requirements noted above, and you feel we can modify any part of the job and/or schedule to enable you to do the work, please explain in the space below.**
***Job modifications will be addressed on a case-by-case basis.**

_____

_____

**I have reviewed a summary, or had explained to me the functions of the job noted on this page. (Due to various marginal functions of most jobs, a comprehensive description of all duties to be performed is not possible.) The company reserves the right to assign duties not previously described or explained. Should you have reason why you are unable to perform a certain job function, it is your responsibility to report it to your supervisor. The company reserves the right to modify job descriptions in the future, with or without notice to the individuals affected by the job modification.**

********* IF THERE IS ANY QUESTION OR STATEMENT THAT YOU DO NOT UNDERSTAND, ASK FOR ASSISTANCE FROM THE PERSON INTERVIEWING YOU. *********

**My above statements are true to the best of my knowledge and I understand that any false statements or omissions will make me subject to discharge.**

_____ / _____ _____
**Signature** **Print Name** **Date**

_____ / _____ _____
**Company Representative** (Interviewer) **Print Name** **Date**

# Examen del programa de prevención de lesiones y enfermedades

**Nombres y apellidos:** _____

**1.** Las responsabilidades del gerente de seguridad incluyen:

a. Desarrollar e implementar reglas para las prácticas de seguridad, para cada función dentro de la empresa.
b. Desarrollar e implementar un sistema para motivar a los empleados a reportar condiciones inseguras.
c. Garantizar la seguridad y la salud de todos los empleados.
d. Investigar todos los accidentes de los empleados, los riesgos de seguridad, y los accidentes que pudieron llegar a producirse.
E. Todas las respuestas anteriores.

**2.** El empleador es responsable de proveer a los empleados con:

a. Adiestramiento y formación sobre seguridad.
b. Equipo para la protección.
c. Zapatos para el trabajo.
d. Transporte al área de trabajo.
e. a y b.
f. b y c.

**3.** Todos los empleados son responsables de la seguridad y están obligados a:

a. Regresar a tiempo después del almuerzo y los descansos.
b. Remover las barreras de protección de una maquinaria debido a la producción lenta.
c. Reportar cualquier condición insegura en el trabajo al supervisor o al gerente de seguridad de la empresa.
d. Reparar o reemplazar algún equipo que no esté funcionando.

**4.** Si una alarma de incendio o una alerta suena o es reportada por un empleado, sin importar el motivo de la alarma o la gravedad del incendio, la siguiente acción debe ponerse en marcha inmediatamente.

a. Agarrar inmediatamente un extintor y buscar la fuente de fuego o de humo.
b. Revisar todas las áreas de sus respectivos departamentos como los baños y las zonas comunes para verificar que los empleados y las personas fueron evacuadas.
c. Contactar a las agencias de emergencia locales, (bomberos, policía, equipo de materiales peligrosos, etc.)
d. Evacuar inmediatamente el edificio.

**5.** Si usted es entrenado en el uso de un extintor, usted puede intentar extinguir un pequeño fuego.

a. Verdadero .
b. Falso.

**6.** Los empleados tienen el deber de reportar todas lesiones o enfermedades al supervisor, a menos que sea una pequeña laceración que sólo requiere una curita.

a. Verdadero.
b. Falso.

**7.** Usted tiene derecho de ser informado sobre los peligros asociados con las sustancias químicas a los cuales va a ser expuesto o con las cuales usted va estar trabajando y los pasos de protección que se deben tomar para que se proteja.

a. Verdadero.
b. Falso.

**8.** Es su responsabilidad, ayudar a sus colegas de trabajo a reconocer las condiciones o acciones que son inseguras o que pongan en peligro la seguridad.

a. Verdadero.
b. Falso.

**9.** Todos los riesgos potenciales de seguridad y de salud identificados en el trabajo, deben ser reportados a:

a. Colegas.
b. OSHA.
c. La cámara de trabajo.
d. Supervisor, gerente de la seguridad, o miembro de la administración.

**10.** MSDS significa:

a. Micro Soft Data Safety
b. Manufacturer Safety Disclosure Sheet
c. Material Safety Data Sheet
d. Material Safe Date Sheet

**11.** El estándar de OSHA sobre la Comunicación de Riesgos, 29 CFR 1910. 1200 requiere:

a. Que todos los contenedores de químicos sean legiblemente etiquetados con sus contenidos.
b. Incluir la advertencia apropiada.
c. Poner el nombre y dirección del fabricante.
d. Todas las respuestas.
e. a y c.

**12.** GHS es un sistema que fue creado por las Naciones Unidas para estandarizar, la clasificación y la notificación de químicos alrededor del mundo.

a. Verdadero
b. Falso

**13.** Se requiere que el empleador tenga un inventario de todos los químicos que son usados por los empleados. La información adicional sobre estos productos químicos puede ser obtenida en los documentos de datos MSDS o SDS localizados en los folletos de información contenidos en el lugar de trabajo.

a. Verdadero.
b. Falso.

**14.** La protección apropiada para los ojos (espejuelos de protección con barreras en los lados, etc.) debe de ser usada todo tiempo que exista o esté presente el riesgo para los ojos.

a. Verdadero.
b. Falso.

**15.** Cuando usted esté levantado cajas o materiales pesados, mantenga la espalda recta, manténgase cerca a la carga, y use los músculos de sus piernas para levantar el objeto. Nunca gire el tronco, cuando esté cargando algo pesado.

a. Verdadero.
b. Falso.

**16.** Un _____ _____ es una persona la cual bloquea o etiqueta equipos o maquinaria para realizarles servicio o mantenimiento. Un _____ _____ se vuelve un empleado autorizado cuando sus deberes requieren que realice el servicio de tal maquinaria o equipos.

a. Empleado Autorizado, Empleado Afectado
b. Empleado de Servicio, Gerente de Operaciones
c. Representante de Servicio, Ingeniero Industrial
d. Ninguna de las respuestas

**17.** Un empleado afectado está autorizado para realizar servicio o mantenimiento a maquinaria o equipo sin tener la autorización o adiestramiento del empleador.

a. Verdadero.
b. Falso.

**18.** Que temperatura requiere que el empleador implemente el procedimiento contra las altas temperaturas.

a. Empleado Autorizado, Empleado Afectado
b. Empleado de Servicio, Gerente de Operaciones
c. Representante de Servicio, Ingeniero Industrial
d. Ninguna de las respuestas

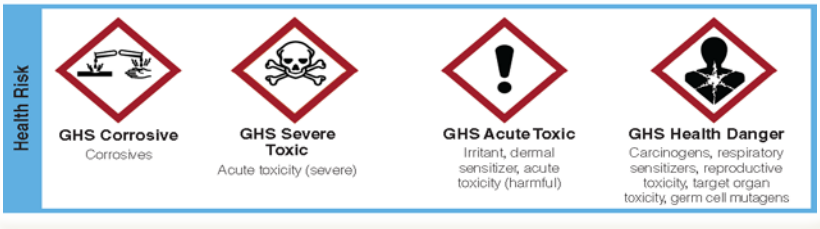
**19.** Si usted nota que un colega está demostrando síntomas de un golpe de calor, usted debería?

a. Dejar que sigan trabajando
b. Echarles un balde de agua fría
c. Inmediatamente informe a un supervisor
d. Ninguna de las respuestas

**20.** Un documento de datos de seguridad (Safety Data Sheet (SDS)) es un documento que contiene información sobre los riesgos potenciales (salud, incendio, reactividad y riesgos ambientales) asociados con el uso de un químico y cómo usar ese producto de forma segura. El formato de MSDS ha sido reemplazado por el nuevo formato de las SDS. Marque abajo toda información que estará presente en el nuevo formato de las SDS.

❑ Peligros ❑ Advertencia ❑ Nombre del químico ❑ Nombre del producto
❑ Fabricante

❑




❑

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Instructor: _____ Fecha: _____

Arizona Form **A-4**

# Employee's Arizona Withholding Election

**2018**

| Type or print your Full Name | | Your Social Security Number |
|---|---|---|
| Home Address – number and street or rural route | | |
| City or Town | State | ZIP Code |

**Choose either box 1 or box 2:**

☐ **1** Withhold from gross taxable wages at the percentage checked **(check only one percentage)**:

☐ 0.8% ☐ 1.3% ☐ 1.8% ☐ 2.7% ☐ 3.6% ☐ 4.2% ☐ 5.1%

☐ Check this box and enter an extra amount to be withheld from each paycheck ..... $

☐ **2** I elect an Arizona withholding percentage of zero, and I certify that I expect to have no Arizona tax liability for the current taxable year.

I certify that I have made the election marked above.

SIGNATURE DATE

## Employee's Instructions

Arizona law requires your employer to withhold Arizona income tax from your wages for work done in Arizona. The amount withheld is applied to your Arizona income tax due when you file your tax return. The amount withheld is a percentage of your gross taxable wages from every paycheck. You may also have your employer withhold an extra amount from each paycheck. Complete this form to select a percentage and any extra amount to be withheld from each paycheck.

### What are my "Gross Taxable Wages"?

For withholding purposes, your "gross taxable wages" are the wages that will generally be in box 1 of your federal Form W-2. It is your gross wages less any pretax deductions, such as your share of health insurance premiums.

### New Employees

Complete this form within the first five days of your employment to select an Arizona withholding percentage. You may also have your employer withhold an extra amount from each paycheck. If you do not file this form, the department requires your employer to withhold 2.7% of your gross taxable wages.

### Current Employees

If you want to change your current amount withheld, you must file this form to change the Arizona withholding percentage to change the extra amount withheld.

### What Should I do With Form A-4?

Give your completed Form A-4 to your employer.

### Electing a Withholding Percentage of Zero

You may elect an Arizona withholding percentage of zero if you expect to have no Arizona income tax liability for the current year. Arizona tax liability is gross tax liability less any tax credits, such as the family tax credit, school tax credits, or credits for taxes paid to other states. If you make this election, your employer will not withhold Arizona income tax from your wages for payroll periods beginning after the date you file the form. Zero withholding does not relieve you from paying Arizona income taxes that might be due at the time you file your Arizona income tax return. If you have an Arizona tax liability when you file your return or if at any time during the current year conditions change so that you expect to have a tax liability, you should promptly file a new Form A-4 and choose a withholding percentage that applies to you.

### Voluntary Withholding Election by Certain Nonresident Employees

Compensation earned by nonresidents while physically working in Arizona for temporary periods is subject to Arizona income tax. However, under Arizona law, compensation paid to certain nonresident employees is not subject to Arizona income tax withholding. These nonresident employees need to review their situations and determine if they should elect to have Arizona income taxes withheld from their Arizona source compensation. Nonresident employees may request that their employer withhold Arizona income taxes by completing this form to elect Arizona income tax withholding.

# Formulario W-4(SP) (2018)

**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.*

**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.** Puede reclamar la exención de la retención para 2018 si **ambas** de las siguientes situaciones le corresponde:

- Para 2017 tenía derecho a un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre los ingresos retenido porque **no** tenía obligación tributaria **y**
- Para 2018 espera un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre ingreso retenido porque usted espera **no** tener obligación tributaria.

Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4** y **7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2018 vence el 15 de febrero de 2019. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés, para saber más sobre si reúne los requisitos para la exención de la retención.

## Instrucciones Generales

Si no está exento, siga el resto de estas instrucciones para determinar el número de retenciones que debe reclamar para propósitos de la retención para 2018 y cualquier cantidad adicional de impuestos a ser retenida. Para los 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.

También puede usar la calculadora en ***www.irs.gov/W4AppSP*** para determinar su retención de impuestos con mayor precisión. Considere usar esta calculadora si tiene una situación tributaria más complicada, como por ejemplo, si tiene un cónyuge que trabaja, si tiene más de un trabajo o tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo aparte de su trabajo. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, también puede usar esta calculadora para ver cómo la cantidad de impuestos que tiene retenida se compara con su impuesto total previsto para 2018. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

Tenga en cuenta que si retiene demasiados impuestos recibirá un reembolso cuando presente su declaración de impuestos. Si no retiene suficientes impuestos, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa.

**Personas con múltiples trabajos o con cónyuges que trabajan.** Si tiene más de un trabajo a la vez, o si está casado y su cónyuge trabaja, lea todas las instrucciones, incluyendo las instrucciones para la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** antes de comenzar.

**Ingresos no derivados del trabajo.** Si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, puede adeudar impuestos adicionales. O bien, puede usar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página **4** o la calculadora en *www.irs.gov/W4AppSP* para asegurarse de tener suficientes impuestos retenidos de su cheque de paga. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 o utilice la calculadora en *www.irs.gov/W4AppSP* para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o el Formulario W-4P, en inglés.

**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 completar este formulario.

---------- **Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la(s) hoja(s) de trabajo en sus archivos.** ----------

Formulario **W-4(SP)**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

## Certificado de Exención de Retenciones del Empleado

▶ **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*.**

OMB No. 1545-0074

**2018**

| **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<br>**Nota:** Si es casado, pero está legalmente separado, marque el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de 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 800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo.** ▶ ☐ | |

| | | |
|---|---|---|
| **5** | Número total de exenciones que reclama (de la hoja de trabajo que le corresponda en las siguientes páginas) . . . . . | **5** |
| **6** | Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de paga . . . . . | **6** $ |
| **7** | Reclamo exención de la retención para 2018 y certifico que cumplo con **ambas** condiciones, a continuación, para la exención:<br>• El año pasado tuve derecho a un reembolso de **todos** los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque **no** tuve obligación tributaria alguna **y**<br>• 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** ▶

| **8** Nombre y dirección del empleador (**Empleador:** Complete las líneas **8** y **10** si envía este certificado al *IRS* y complete las líneas **8, 9** y **10** si lo envía al *State Directory of New Hires* (Directorio estatal de personas recién empleadas). | **9** Primera fecha de empleo | **10** Número de identificación del empleador (*EIN*) |
|---|---|---|
| | | |

# Verificación de Elegibilidad de Empleo

**Departamento de Seguridad Nacional**

Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

**USCIS**
**Formulario I-9**
No. OMB 1615-0047
Expires 31/08/2019

►**EMPIECE AQUI:** **Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.**

**AVISO CONTRA LA DESCRIMINACION:** Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a un individuo porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

## Sección 1. Información del Empleado y Declaración *(Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)*

| Apellido *(Nombre Familiar)* | Primer Nombre *(Nombre de Pila)* | I.S.N. | Otros apellidos usados (si alguno) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Dirección (Número y Nombre de la Calle) | Número de Apt. | Ciudad o Pueblo | Estado | Código Postal |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Fecha de Nacimiento *(mm/dd/aaaa)* | Número de Seguro Social de EE.UU | Dirección de correo electrónico del empleado | Número de Teléfono del Empleado |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.**

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):**

☐ 1. Un ciudadano de los Estado Unidos

☐ 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos *(Vea las instrucciones)*

☐ 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____

☐ 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): _____

Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. *(Vea las instrucciones)*

*Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9:Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS.*
*Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero*

**1.** Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____

**O**

**2.** Número de Admisión del Formulario I-94: _____

**O**

**3.** *Número de Pasaporte Extranjero*: _____

País de Emisión: _____

Código QR - Sección 1
No escriba en este espacio

| Firma del Empleado | Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa) |
|---|---|
| | |

## Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

☐ No utilicé un preparador o traductor ☐ Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1

*(Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)*

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que he asistido en completar la Sección 1 de este formulario, y que a mi mejor entender, la información es verdadera y correcta.**

| Firma del Preparador o Traductor | Fecha de Hoy *(mm/dd/aaaa)* |
|---|---|
| | |

| Apellido *(Nombre Familiar)* | Primer Nombre *(Nombre de pila)* |
|---|---|
| | |

| Dirección (Número de Calle y Nombre) | Ciudad o Pueblo | Estado | Código Postal |
|---|---|---|---|
| | | | |

STOP *El Empleador Completa la Siguiente Página* STOP

# Formulario de registro de Cobertura esencial mínima (MEC) de beneficios limitados y autofinanciado

Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

**IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL PLAN:** Tiene dos opciones de planes médicos. Puede registrarse en uno o en los dos. Hay más beneficios disponibles si se registra en el Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical).

**Ventajas del Plan médico de compensación fija**

- ☑ Cubre los gastos médicos diarios
- ○ Satisface la cobertura individual obligatoria
- ☑ Puede ser elegible para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud
- ☑ Opciones de plan dental, de la vista, seguro de vida y de discapacidad a corto plazo

**Ventajas del Plan MEC Wellness/Preventive**

- ○ Cubre los gastos médicos diarios
- ☑ Satisface la cobertura individual obligatoria
- ○ Puede ser elegible para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud
- ○ Opciones de plan dental, de la vista, seguro de vida y de discapacidad a corto plazo

1. Usted **DEBE** completar el Formulario de registro como parte de su proceso de nuevo empleado
2. Elija o decline todos los beneficios en el Formulario de registro
3. Usted **DEBE** Firmar y Fechar la parte inferior del formulario, aunque decline la cobertura
4. Entregue el Formulario de registro al gerente de su sucursal
5. Guarde para sus archivos la página Beneficios a simple vista

Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

Políticas para los empleados de empleadores de California: Para registrarse en el Beneficio médico de compensación fija, usted debe estar registrado en la cobertura médica principal.

**ESTE PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD. NO ES UN SUBSTITUTO DE LOS BENEFICIOS DE SALUD ESENCIALES NI DE LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA, COMO LA DEFINE LA LEY LLAMADA "AFFORDABLE CARE ACT" (ACA).**

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, dental y de la vista y el seguro de pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, de Essential StaffCARE tienen el aval de BCS Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo las pólizas número 25.1204, 26.1214, 26.212 y 26.213. Los planes de seguro de vida y por discapacidad a corto plazo tienen el aval de 4 Ever Life Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois bajo la póliza número 62.200.

**El Plan MEC Wellness/Preventive es un plan que se autofinancia patrocinado por el empleador, que se ha considerado que cumple las reglas y reglamentos de la ACA. Hay más información sobre los servicios preventivos en esta página de internet del gobierno: https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.**

**Disponibilidad voluntaria electrónica de información resumida sobre salud para del Plan MEC Wellness/Preventive**

Copias del resumen de beneficios y cobertura ("SBC") y la descripción resumida del plan ("SPD") de Essential StaffCARE ("ESC") están disponibles en el siguiente enlace: www.essentialstaffcare.com/mec-sbc-spd

Mientras que usted puede tener otros planes de salud, este es el enlace para su plan específico de MEC SPD con ESC. Estos documentos importantes explican los términos y condiciones de su plan de salud, incluyendo elegibilidad, cantidades de cobertura y exclusiones junto con sus derechos y responsabilidades. En cualquier momento, puede solicitar copias en papel o revocar su consentimiento para la entrega electrónica, sin cargo, llamando al 1-866-798-0803.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

VSI **2941200-AFU** | SÓLO USO DE OFICINA | LOCATION _____ | Rehire Date __ __ /__ __ /__ __ __ __

# FORMULARIO DE REGISTRO

ESC/MEC 4US P1DM v19.0

## A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO

**LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)**

| Nombre | Teléfono | |
|---|---|---|
| # de Seguro Social | Fecha de nacimiento / / | Sexo ☐H ☐M |
| Dirección | | Apt. # |
| Ciudad | Código Zip | Estado |

## B. INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene Medicare?
☐ Sí ☐ No. Si contestó "Sí":

Número de reclamo al seguro de salud de Medicare (HICN)

Fecha efectiva de Medicare

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s):
1. 2.

## C. SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS

**Pagos semanales deducidos del cheque**

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C. Estos planes tienen el aval de BCS Insurance Company y 4 Ever Life Insurance Company.

| SELECCIONE NIVEL DE COBERTURA | PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA [1] | PLAN DENTAL | PLAN DE LA VISTA | SEGURO DE VIDA | DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO [2] |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Solo empleado | **$22.76** | **$5.40** | **$2.42** | **$0.60** | **$4.20** |
| ☐ Empleado + Hijo(s) | **$37.78** | **$14.58** | **$6.54** | **$0.90** | |
| ☐ Empleado + Esposa/o | **$43.24** | **$10.80** | **$4.84** | **$0.90** | |
| ☐ Empleado + Familia | **$57.58** | **$20.52** | **$9.20** | **$1.80** | |
| ☐ **NO** a **TODOS** los beneficios | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No | ☐ Sí ☐ No |

[1] Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. [2] Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de CA, HI, NJ, NY o RI.

**Escriba la información del beneficiario de su seguro de vida y del seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente. El seguro por pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente es parte del beneficio del plan médico de compensación fija.**

Nombre Relación

## D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Sexo ☐H ☐M | Relación ☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico |
|---|---|---|---|---|
| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Sexo ☐H ☐M | Relación ☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico |
| Nombre | # de Seguro Social | Nacimiento / / | Sexo ☐H ☐M | Relación ☐ Esposa/o ☐ Hijo/a ☐ Compañero doméstico |

## E. SELECCIÓN DEL BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE

**82941200-M-AFU** **Pagos mensuales de pago directo**

Si se registra en el **Beneficio opcional de MEC Wellness/Preventive** podría quedar **DESCALIFICADO** para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud. Este plan satisface la cobertura individual obligatoria de la reforma federal de la salud. Esta es una oferta de cobertura que cumple con la ACA y, al comprar este plan, no le cobrarán impuestos por no comprar el seguro requerido por la ley llamada Affordable Care Act. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. Los pagos para el Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit se hacen cada mes.

☐ **$58.19** Solo empleado ☐ **$65.79** Empleado + Hijo(s) ☐ **$71.00** Empleado + Esposa/o ☐ **$80.87** Empleado + Familia

☐ **NO** a MEC Wellness/Preventive

## F. FIRMA REQUERIDA

**DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA**

He leído el resumen de beneficios y comprendo sus limitaciones. Entiendo que me ofrecieron cobertura que cumple con la ACA (MEC Wellness/Preventive), y el registro sólo está disponible por un período limitado. Entiendo que el no hacer una selección de beneficios equivale a rechazar la cobertura.

**FECHA** __ __ /__ __ /__ __ __ __ ▶ **FIRMA**

*Este es un Formulario de registro de Essential StaffCARE.*

Número de póliza **2941200-AFU**

# RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

## BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

El Plan médico de compensación fija paga una cantidad fija para un evento cubierto causado por accidentes y enfermedades. Si el evento cubierto cuesta más, usted pagará la diferencia. Si el evento cubierto cuesta menos, usted se queda con la diferencia.

| **Beneficios para servicios externos** [1] | | **Beneficios para servicios internos** | |
|---|---|---|---|
| Consultas del doctor | $100 diarios | Atención estándar | $300 diarios |
| Diagnóstico (laboratorio) | $75 diarios | Máximo en la unidad de cuidados intensivos [4] | $400 diarios |
| Diagnóstico (rayos X) | $200 diarios | Cirugía internado | $2,000 diarios |
| Servicios de ambulancia | $300 diarios | Anestesiología | $400 diarios |
| Terapia física, del habla y ocupacional | $50 diarios | Enfermeras especializadas [5] | $100 diarios |
| Beneficio de sala de emergencia - Por enfermedad | $200 diarios | Primera admisión al hospital (1 por año) | $250 |
| Beneficio de sala de emergencia - Por accidente [2] | $500 diarios | Máximo anual para servicios internos [6] | No hay límite |
| Cirugía en servicios externos | $500 diarios | **Pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente** | |
| Anestesiología | $200 diarios | Empleado/Esposa/o | $20,000 |
| Máximo anual para servicios externos | $2,000 | Dependientes (de 6 meses a 26 años) | $5,000 |
| **Recetas médicas** [3] | | Dependiente (de 15 días a 6 meses) | $2,500 |
| Máximo anual | $600 | **Atención para el bienestar** | |
| Copago por medicinas genéricas/de marca | $10/$50 | Atención para el bienestar (una vez al año) | $100 |

*[1] los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos [2] Cubre el tratamiento para los accidents fuera del trabajo solamente [3] no está sujetos al máximo por servicios externos [4] se paga además del beneficio para atención estándar [5] por centros especializados tras la hospitalización [6] Con sujeción a los límites internos del plan*

| **BENEFICIOS DENTALES** | **Período de espera/Coseguro** | **Beneficio anual máximo** $750 **Deducible** $50 |
|---|---|---|
| **Cobertura A** | Nada/ 80% | Exámenes, limpiezas, radiografías intrabucales y mordidas |
| **Cobertura B** | 3 meses/ 60% | Empastes, cirugía oral y reparaciones de coronas, puentes y dentaduras postizas |
| **Cobertura C** | 12 meses/ 50% | Periodoncia, coronas, puentes, endodoncia y dentaduras postizas |

| **BENEFICIO DE LA VISTA** [1] | **En Red** | | **Fuera de la Red** | |
|---|---|---|---|---|
| | Tu pagas | El plan paga | Tu pagas | El plan paga |
| **Examen de la vista para anteojos** [2] (incluyendo dilatación) | $10 Copago | 100% | 100% | $35 |
| **Opciones del Examen** (ajuste de lentes de contacto estándar o premium) | Hasta $55 o 10% del precio de venta | $0 | 100% | $0 |
| **Armazones** [3] | 80%, después $110 descuento | $110, más el 20% de permanecer | 100% | $55 |
| **Prueba de lentes de contacto estándar** (visión regular, bifocales , o trifocales) [2] | $25 Copago | 100% | 100% | $25-$55 |
| **Opciones de Lentes** | $15-$45 o 20% descuento | 100% o 20% descuento | 100% | $0 |
| **Lentes de contacto (Convencional)** [2] | $0 Copago, 85% de los restantes | $110, más el 15% de permanecer | 100% | $88 |
| **Lentes Desechables** [2] | $0 Copago | $110, más el saldo | 100% | $88 |
| **Lentes de contacto médicamente necesarios** [2] | $0 Copago | 100% | $0 | $200 |

*[1] Para información sobre el beneficio de la vista, que incluye servicios premium, visite www.essentialstaffcare.com/vision [2] Cada 12 meses [3] Cada 24 meses*

## BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Para el empleado** | $10,000 (baja a $7,500 a los 65 años y a $5,000 a los 70 años) | **Para los hijos (de 6 meses a 26 años)** | $5,000 |
| **Para la esposa/o** | $5,000 (termina a los 70 años) | **Para bebés (de 15 días a 6 meses)** | $1,000 |

## BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

| | |
|---|---|
| **Cantidad del beneficio** | 60% de la paga base hasta $150 por semana |
| **Período de espera/ Período máximo de los beneficios** | 7 días hasta 26 semanas |

## BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE [1]

Número de póliza **82941200-M-AFU**

ACA El Beneficio de MEC Wellness/Preventive opcional **NO** cubre servicios médicos. Este plan da cobertura para servicios preventivos como las vacunas y los exámenes de rutina. No cubre condiciones causadas por accidentes o enfermedades.

| **Beneficio** | **En la red** | **Fuera de la red** | **PRIMA MENSUAL PARA MEC** | **MEC** |
|---|---|---|---|---|
| **15 Servicios preventivos para adultos** | 100% | 40% | **Solo empleado** | $58.19 |
| **22 Servicios preventivos para mujeres** | 100% | 40% | **Empleado + Hijo(s)** | $65.79 |
| **26 Servicios preventivos cubiertos para niños** | 100% | 40% | **Empleado + Esposa/o** | $71.00 |
| *[1] Para más información sobre los servicios preventivos, visite www.healthcare.gov.* | | | **Empleado + Familia** | $80.87 |

| **PRIMA SEMANAL PARA LA COMPENSACIÓN** | **Plan médico** | **Plan dental** | **Vista** | **Seguro de vida** | **STD** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Solo empleado** | $22.76 | $5.40 | $2.42 | $0.60 | $4.20 |
| **Empleado + Hijo(s)** | $37.78 | $14.58 | $6.54 | $0.90 | - |
| **Empleado + Esposa/o** | $43.24 | $10.80 | $4.84 | $0.90 | - |
| **Empleado + Familia** | $57.58 | $20.52 | $9.20 | $1.80 | - |

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Estas son las limitaciones y exclusiones estándar. Como podrían variar de un estado a otro, para ver una lista detallada de ellos, consulte el Resumen de descripción del plan (SPD).

### BENEFICIO DE COMPENSACIÓN FIJA PARA LA PÉRDIDA DE LA VIDA, DE UN MIEMBRO O DE LA VISTA POR ACCIDENTE O POR CUESTIONES MÉDICAS

**No se pagarán beneficios por pérdidas causadas por o resultantes de:**

- Lesiones hechas a sí mismo intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea cuerdo o demente
- Guerra declarada o sin declarar
- Servir en las Fuerzas Armadas a tiempo completo
- Un delito grave perpetrado por una persona cubierta por el Plan
- Enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo, ya sea que los beneficios se paguen o no bajo la Ley de compensación de empleados u otra similar; o
- En relación con el beneficio de la pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, no se pagarán beneficios por enfermedades físicas o mentales, ni por tratamientos médicos o quirúrgicos para dicha enfermedad, ni para infecciones bacterianas o virales sin importar cómo se contrajeron. Esto no incluye infecciones bacteriales que sean consecuencia natural y previsible de una lesión física accidental o la ingestión accidental de alimentos tóxicos.

**No se pagarán beneficios por:**

- Exámenes de la vista para prescribir lentes, cualquier tipo de anteojos y sus prescripciones
- Exámenes del oído y dispositivos para oír
- Tratamiento o atención dental que no sea la atención de las encías y los dientes naturales y sanos requerida para las lesiones que resulten de un accidente mientras la persona está cubierta por la póliza y se haga en los 6 meses siguientes al accidente
- Los servicios relacionados con cirugía cosmética, excepto la que necesite la persona cubierta para la reconstrucción de los senos después de una mastectomía o como resultado de un accidente que ocurra mientras está cubierta bajo esta póliza. Las cirugías cosméticas para lesiones accidentales se deben realizar dentro de los 90 días siguientes al accidente que causó la lesión y mientras la cobertura de esta persona sigue vigente
- Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.

Este Plan médico de compensación fija no está disponible para los residentes de Hawaii, New Hampshire o Puerto Rico.

### RECETAS MÉDICAS

No se pagarán beneficios por medicinas y productos que se venden sin receta ni por medicinas que le administren a usted mientras está hospitalizado.

### PLAN DENTAL

El plan sólo pagará los procedimientos especificados en el Programa de procedimientos cubiertos de la póliza de grupo. Muchos de los procedimientos cubiertos bajo el plan tienen períodos de espera y limitaciones sobre la frecuencia en que los pagará el plan. Si desea más información sobre los procedimientos cubiertos o las limitaciones, vea el Resumen de descripción del plan.

### PLAN DE LA VISTA

No se pagarán beneficios por materiales, procedimientos o servicios provistos bajo la Ley de compensación a los trabajadores u otra ley similar; anteojos sin receta, armazones para tales anteojos o lentes de contacto sin receta; materiales, procedimientos o servicios provistos por un familiar directo o por usted mismo; cobros por materiales, procedimientos o servicios en la medida que se puedan pagar bajo otro contrato de servicio o póliza de seguro válidos y cobrables, ya sea que se haga el reclamo por tales beneficios o no.

### DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

**En esta cobertura no se pagan beneficios en los casos siguientes:**

- Intento de suicidio o lesiones hechas a sí mismo intencionalmente
- Ingerir veneno voluntariamente; inhalar gas voluntariamente; ingerir drogas o sustancias químicas voluntariamente. Esto no se aplica a las que administra un médico certificado. El médico no debe ser usted o su esposa/o, su hijo o el hijo de su esposa/o, un hermano o padre ni una persona que viva en su casa
- Guerra declarada o sin declarar y las acciones relacionadas
- Cometer o intentar cometer un delito grave, o por pérdidas que ocurren durante el encarcelamiento debido a un delito grave
- Participar en un motín
- Participar en una ocupación ilegal
- Liberar energía nuclear
- Operar, viajar en una nave aérea o descender de ella (incluyendo un planeador "hang glider"). Estas limitaciones no se aplican mientras usted es pasajero de una aeronave con licencia, comercial y no militar, o
- Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) no están disponibles para personas que trabajan en California, Hawaii, New Jersey, New York o Rhode Island.

### SEGURO DE VIDA

No se pagarán beneficios de seguro de vida por muertes causadas por suicidio o autodestrucción, o intento de éstos, en los 24 meses posteriores a la fecha en que entró en vigor la cobertura del asegurado por la póliza.

## Servicios para miembros:

**Para ver las preguntas frecuentes y información sobre la red del plan de compensacion fija, visite *www.esc-enrollment.com/FAQIND.* Para preguntas, una lista completa de los servicios preventivos, y el resumen SBC del Plan MEC, visite *www.esc-enrollment.com/FAQMEC.* El resumen SBC también está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.**

**NOTA:** Para hacer cambios o cancelar la cobertura llame al (800) 269-7783. Su código de pin para registrarse o hacer cambios es **400** + _ _ _ _ (últimos cuatro dígitos de su SSN). Su Compañía decidió tomar todas/algunas de sus deducciones a su cheque de pago antes de descontarle los impuestos. Llame al departamento de Servicio al cliente al 1-866-798-0803 y un representante le ayudará a identificar las deducciones que se toman **antes de descontarle los impuestos**.

**Servicio al cliente de Essential StaffCARE: 1-866-798-0803**

- Después de registrarse, los miembros pueden llamar a este teléfono para preguntar sobre la cobertura de su plan, su tarjeta de identificación, el estatus de un reclamo y los folletos de las pólizas y para agregar, cambiar o cancelar la cobertura.
- El Centro de llamadas de Servicio al cliente está abierto de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. tiempo del este. Hay representantes bilingües.
- Además, los miembros pueden visitar www.paisc.com y hacer clic en "Members" y escribir el número de su grupo.