

QUESTCO Hoja de datos del empleado

Nuevo empleado
 Reconstratación
 Solicitud de cambio
 Vigente desde: _____

7043

Trinity Excavators, LLC

1

N.º de cliente

Nombre del cliente

N.º de división

N.º de Departamento

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|--|---------------|
| N.º de empleado | | N.º de seguro social | | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| Apellido | | Nombre | | Segundo nombre | |
| Dirección | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Teléfono | | Fecha de nacimiento | Dirección de correo electrónico | | |
| Número de la licencia de conducir y estado al que pertenece | | Contacto de emergencia: Nombre y número de teléfono | | | |
| Retención federal | Estado civil del contribuyente: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> casado; retención como persona soltera Exenciones de W-4 _____ Retenciones adicionales \$ _____ | | | | |
| State Withholding | Cantidad de exenciones _____ Cantidad de dependientes _____ Retenciones adicionales \$ _____ | | | | |

Código étnico (únicamente para fines de información de EEOC)

- Asiático Afro-americano (no de origen hispano) Hispano (independientemente de la raza)
 Blanco (no de origen hispano) Indio americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/isla del Pacífico

PARA SUSPENSIÓN DE DEDUCCIONES ÚNICAMENTE: Por la presente lo autorizo a suspender las deducciones de la siguiente manera:

Monto: \$ _____ para _____ fecha de vigencia: _____

Autorización del empleado: Por la presente autorizo a mi empleador, sus agentes y sucesores a efectuar determinadas deducciones de mi cheque de pago para deducciones opcionales según el monto en dólares a continuación; o deudas incurridas por daños a la propiedad, hurto, excedentes de nómina u otras situaciones que puedan producirse en el futuro. Entiendo que estas deducciones continuarán hasta que se reciba una notificación hecha por mí y por escrito donde solicite suspender la deducción o hasta que se haya cancelado el monto que adeude. En caso de mi desvinculación, acepto que se retenga de mi cheque de pago final el saldo de todas mis deducciones pendientes. Si mi cheque de pago final no es suficiente para cubrir el saldo adeudado, abonaré los montos restantes dentro de los treinta días de la fecha de mi último cheque o según otras condiciones que convengamos de mutuo acuerdo mi empleador y yo. Autorizo a empleador a enviar mi cheque de pago final a mi última dirección conocida mediante correo de primera clase.



Firma del empleado

Fecha

| | | | | | |
|--|--------------------------------|--|---------------|-------------------------------|--|
| Cargo | | Código W/C | | Estado del trabajo | |
| Condición del trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | | <input type="checkbox"/> Tiempo completo temporal <input type="checkbox"/> Tiempo parcial temporal | | <input type="checkbox"/> Otra | |
| Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas | | <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual | | | |
| Tipo de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario | | <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| Fecha de contratación de Questco | Fecha de contratación original | Tasa de pago (por período de pago) | Otra tasa | | |
| Cambio de nómina | Fecha de vigencia | Salario anterior | Salario nuevo | | |
| Clase de EEO <input type="checkbox"/> 1- Funcionarios y gerentes <input type="checkbox"/> 2- Profesionales <input type="checkbox"/> 3- Técnicos <input type="checkbox"/> 4- Vendedores | | <input type="checkbox"/> 5- Trabajadores de oficina y administrativos <input type="checkbox"/> 6- Obreros <input type="checkbox"/> 7- Operadores <input type="checkbox"/> 8- Obreros <input type="checkbox"/> 9- Trabajadores de servicios | | | |

Descripción breve de las funciones: _____

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|----------------|-------|-------------------------------|
| Deducción por período de pago | Médica | Odontológica | Seguro de vida | 401k | Préstamo 401k (incluir saldo) |
| Anticipo | Herramientas | Teléfono | Uniformes | Otros | Préstamo (incluir saldo) |



Firma de la persona autorizada

Fecha

La inscripción de un empleado nuevo no puede completarse sin un formulario W-4, formulario 1-9 y copias de los documentos que establezcan la elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos.

Sección del empleado

Sección del empleador

1. He recibido el manual para el empleado de Questco, junto con los manuales complementarios específicos del empleador de mi lugar de trabajo. El empleador de mi lugar de trabajo ha contratado a Questco como su organización empleadora profesional. Questco, USA Staffing, Emergent y Alt-Source son todos miembros específicos de las empresas Questco. Questco me notificará qué empresa de Questco es mi coempleadora mi primer día de cobro. Puedo solicitarle otra copia del manual al empleador de mi lugar de trabajo o puedo llamar a Questco al 800-256-7823 para pedir una. Los manuales también están disponibles para los empleados activos en internet en questco.net. Mi empleo con Questco y con el empleador de mi lugar de trabajo es "a voluntad". Nada de lo expresado en este documento o en el manual para el empleado crea un contrato ni garantiza el empleo durante un período determinado.
2. El manual para el empleado está escrito en inglés, y yo soy responsable de comprender su contenido. Si no puedo leerlo o comprenderlo, pediré a la empresa que una persona confiable interprete la información para mí.
3. Soy responsable de leer el manual para el empleado, comprenderlo y atenerme a él. Algunas políticas importantes del manual incluyen políticas sobre el rol limitado de Questco, el empleo a voluntad, el arbitraje, las oportunidades equitativas de empleo y el lugar de trabajo libre de drogas y alcohol.
4. Comprendo que Questco es solamente mi coempleador administrativo. El empleador de mi lugar de trabajo y Questco tienen un contrato de servicios de empleo profesionales que indica que soy un coempleado con cobertura asignado al empleador de mi lugar de trabajo. El manual para el empleado también describe el acuerdo y la relación en la política sobre el rol limitado de Questco. Según las necesidades empresariales, el empleador de mi lugar de trabajo puede ser transferido a otra empresa de Questco. **Las políticas y las normas laborales que estoy aceptando hoy se aplicarán a mi coempleo con cualquiera de las empresas de Questco.**
5. **Se me pueden negar todos mis beneficios de empleo a menos que me ponga en contacto con Questco para hablar sobre la elegibilidad para la reasignación, en un plazo de 24 horas desde el cese del empleo con el empleador de mi lugar de trabajo. Para ponerse en contacto con Questco se puede llamar al 800-256-7823.**

Si tengo alguna pregunta, debo ponerme en contacto con mi supervisor.

Mi firma a continuación indica que comprendo completamente la información previa.

Nombre del empleado (en imprenta)

Fecha



Firma

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

2020

Paso 1:
Anote su información personal

| | |
|---|---|
| <p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo</p> <p style="text-align: right;">Apellido</p> <hr/> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p> <hr/> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p> | <p>(b) Su número de Seguro Social</p> <hr/> <p>▶ ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol.</p> |
| <p>(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado</p> <p><input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta (o Viudo que reúne los requisitos)</p> <p><input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).</p> | |

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en línea y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2:
Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos.

Tome **solo una** de las siguientes opciones:

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) **o**

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada **o**

(c) Marque este recuadro si solo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario ▶

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2020 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos de trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para solo uno de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

| | | |
|--|---|--|
| Paso 3: Reclamación de dependientes | <p>Si su ingreso va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí 3 \$ _____</p> | |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| Paso 4 (opcional): Otros ajustes | <p>(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación 4(a) \$ _____</p> <p>(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí 4(b) \$ _____</p> <p>(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago 4(c) \$ _____</p> | |
|---|---|--|

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|----------------|
| Paso 5: Firme aquí | Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo. | | |
| | ▶ Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). | | ▶ Fecha |

| | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------|--|
| Para uso exclusivo del empleador | Nombre y dirección del empleador | Primera fecha de empleo | 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 10/31/2022

► **EMPIECE AQUÍ:** 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 DISCRIMINACION: 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 una persona 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):

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos |
| <input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones) |
| <input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____ |
| <input type="checkbox"/> 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: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 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 |

NO COMPLETE ESTE FORMULARIO. EL FORMULARIO EN INGLÉS EN LA PÁGINA SIGUIENTE DEBE COMPLETARSE. ESTE FORMULARIO ES PARA FINES DE TRADUCCIÓN SOLAMENTE.



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 |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy) | | U.S. Social Security Number | | Employee's E-mail Address | | Employee's Telephone Number |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | |

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):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States | |
| <input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See instructions) | |
| <input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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. (See instructions) | |
| 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. | |
| 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 |

Date: _____ Social Security No.: _____

Name (Last): _____ First: _____ MI: _____

Client #: 7043 Client Name: Trinity Excavators, LLC

Complete this section if enrolling or changing financial institution, branch or account or if you are canceling Direct Deposit.

NEW CHANGE CANCELLATION

You may designate any financial institution or credit union in the U.S. You may have your earnings distributed in multiple checking and/or savings accounts. There will be a pre-note period on all accounts before your Direct Deposit will be in effect.

1. _____ Checking Savings Paycard HSA
Bank Name Amount

Bank ABA Routing Number Bank Account Number

2. _____ Checking Savings Paycard HSA
Bank Name Amount

Bank ABA Routing Number Bank Account Number

3. _____ Checking Savings Paycard HSA
Bank Name Amount

Bank ABA Routing Number Bank Account Number

4. _____ Checking Savings Paycard HSA
Bank Name Amount

Bank ABA Routing Number Bank Account Number

I hereby authorize Questco or its subsidiaries to initiate credit entries and, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error to the accounts I have named above. This agreement is to remain in effect until Questco has received written notification from me of its cancellation in such time to afford Questco and the Depository named above a reasonable opportunity to act on it. If I change accounts or wish to stop this automatic deposit for any reason, I will notify the Questco Payroll Department immediately at 800-256-7823. I understand that if a copy of a void check is not attached that I am responsible for the accuracy of the information provided above and that a delay in the set-up of my direct deposit is possible.

Please Note: Posting times vary depending on your financial institution(s).

Employee Signature: _____ Date: _____

Attach copy of voided check.

Name _____ Address _____ Date: _____ 0001
Pay to the order of _____ \$ _____
_____ DOLLARS
Bank Name _____
For _____
(ABA Routing#):123456789: (Account#) 00112233445566 (Ck#) 0001