



APLICACION DE EMPLEO

Empleador con Oportunidad igual

Nombre de Cliente: _____

Pago: _____

Cuidad/Estado: _____

Código de W/C: _____

Seguro Social SSN: _____

Fecha De Nacimiento (DOB): _____

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

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

- 1.) Al fallar en llamar a The People Company One Inc. dba The People Company inmediatamente al fin del asignación del trabajo con la notificación de su disponibilidad a pesar de la razón de la separación con el cliente;
- 2.) Al fallar en llamar tres (3) veces semanalmente cuando no este trabajando. Los números de teléfono para este requisito son: (561) 406-0972
- 3.) Al fallar para notificar NThe People Company One Inc. dba The People Company con su cambio de domicilio o el numero telefónico;
- 4.) El rechazo o el fallar a aceptar una tarea adecuada del trabajo basada sobre el pago, calificaciones o el localización;
- 5.) Al recibir The People Company One Inc. dba The People Company su reclamo del desempleo sin la notificación previa de su disponibilidad es considerada como su renuncia voluntaria.

I. RECONOCIMIENTO Y COMPROBACION

Con mis iniciales y mi firma en la Aplicación de Empleo yo reconozco y verifico que e recibido una copia de las pólizas de The People Company One Inc. e leído y entiendo completamente y concuerdo en adherir con estas pólizas.

_____ Entiendo que esto no es solamente para propósitos de nomina.

_____ He sido avisado y entiendo que si me emplean, seré un empleado de The People Company One Inc. y arrendado a uno de sus clientes.

_____ El cliente sera el lugar de mi empleo y dirigira las actividades diarias de mi trabajo.

_____ He sido avisado y entiendo que The People Company One Inc. dba The People Company será portador de seguro de la compensación de trabajadores.

_____ He recibido la The People Company One Inc. dba The People Company Accidentes / Lesiones Procedimientos.

II. HIPAA Autorización

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

Entiendo que puedo revocar esta Autorización a cualquier vez sometiendo aviso por escrito a The People Company One Inc. dba The People Company

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

El Nombre impreso del Individuo

La firma del Individuo

Fecha

III. AUTORIZACION DE DEDUCCION DE NOMINA

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

Firma del solicitante

Fecha

IV. Disputas del Sueldo

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

Firma del solicitante

Fecha

V. Arbitración

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

Firma del Solicitante

Fecha

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

Firma del Solicitante

Fecha de Aplicación

Numero de teléfono

1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido		2 Su número de Seguro Social	
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".			
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. <input type="checkbox"/>			
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)				5	
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago				6	\$
7 Reclamo exención de la retención para 2015 y certifico que cumplo con ambas condiciones a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria.					
Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí				7	
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.					
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶				Fecha ▶	