

Solicitud de empleo

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO CELULAR #	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TALLA DE CAMISA
FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD DE NACIMIENTO	ESTADO DE NACIMIENTO
NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR	ESTADO DE LA LICENCIA DE CONDUCIR
NOMBRE DEL PUNTO DE CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO DE EMERGENCIA #	RELACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

ESPECIFICACIÓN DEL TRABAJOS

POSICIÓN SOLICITANTE / POSICIÓN QUE SOLICITANA:

EXPERIENCIA LABORAL

<i>¿Tiene experiencia en alguno de los siguientes?</i>		<i>Si es "sí", ¿cuántos años?</i>	<i>¿Tiene experiencia en alguno de los siguientes?</i>		<i>Si es "sí", ¿cuántos años?</i>
Carpintería/Conformado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Conducción CDL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Colocación de hormigón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Operador de máquina	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Obrero de la construcción	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Colocación de asfalto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Herrajero de barras de refuerzo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Conductor de camión de agua	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Mecánico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Clerical	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Otros – Lista:		

HABILIDADES Y/O CAPACITACION Y/O CERTIFICACIONES:

ENUMERE SUS ULTIMOS TRES LUGARES DE EMPLEO

COMPANAY	NÚMERO DE TELÉFONO	TÍTULO DEL TRABAJO	FECHAS EMPLEADAS
1) _____			
2) _____			
3) _____			

¿Está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos de América? SÍ NO

ALLEN CONCRETE, LLC es un empleador de Igualdad de Oportunidades/Acción Afirmativa y cumple con todas las leyes estatales y federales que prohíben la discriminación por motivos de raza, color, religión, origen nacional, ciudadanía, sexo, estado de veterano, discapacidad, ascendencia y/o por edad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Allen Concreto, LLC
3800 Hueco Club Rd.
El Paso, TX 79938
Oficina: (915) 921-0678

ESPAÑOL



RECONOCIMIENTO DE SOLICITUD Y MANUAL

Certifico que todas las declaraciones y declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y correctas y no he retenido nada que, si se divulga, afectaría negativamente mi solicitud. Entiendo que la Compañía se basa en tales declaraciones al tomar sus decisiones de empleo, y autorizo a Allen Concrete, LLC a investigar todas las declaraciones contenidas en ellas. Entiendo y acepto que cualquier tergiversación será causa suficiente para la cancelación de la solicitud y / o separación de la Compañía si dicha tergiversación se descubre en cualquier momento después de mi empleo por parte de la Compañía.

Por la presente autorizo a la Compañía a ponerse en contacto con todos los empleadores con fines de referencia, y libero a la Compañía de toda responsabilidad, incluida la responsabilidad derivada de la verificación por parte del empleador de mi historial de empleo anterior, educación, certificaciones, verificación de antecedentes, referencias y cualquier otra información. Además, autorizo a la Compañía a proporcionar mi registro de empleo, en su totalidad o en parte, y en confianza, a cualquier posible empleador, agencia gubernamental u otra parte con interés legal o adecuado. Libero de toda responsabilidad, incluida la responsabilidad derivada de negligencia, a todas las personas y entidades que proporcionan a la compañía información relacionada con mi historial de empleo anterior, educación, certificaciones, verificación de antecedentes, referencias y cualquier otra información. Además, si la Compañía me emplea, acepto como condición para continuar con el empleo cooperar con cualquier investigación interna realizada por la Compañía de otra manera. Entiendo que si se hace una oferta de empleo, es posible que deba someterme a una prueba de drogas y / o alcohol, un examen médico y / o una evaluación de antecedentes. Acepto someterme a los requisitos y exámenes para cada examen relacionado con el puesto.

Nada de lo contenido en la solicitud de empleo constituirá un contrato de trabajo, y entiendo y acepto que si estoy empleado, dicho empleo será "a voluntad". **ENTIENDO CLARAMENTE QUE ESTE MANUAL DE POLÍTICAS NO CREA UN CONTRATO DE EMPLEO CON ALLEN CONCRETE, Y QUE ALLEN CONCRETE PUEDE CAMBIAR O MODIFICAR LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ESTE MANUAL EN CUALQUIER MOMENTO, CON O SIN PREVIO AVISO. HE RECIBIDO, LEÍDO Y ENTENDIDO LAS POLÍTICAS DESCRITAS EN EL MANUAL DE ALLEN CONCRETE Y ACEPTO ESTAR SUJETO A LAS REGLAS Y REGULACIONES DE LA COMPAÑÍA DURANTE MI EMPLEO CON LA COMPAÑÍA. ENTIENDO QUE VIOLAR LAS POLÍTICAS Y REGLAS ESTABLECIDAS EN ESTE MANUAL PUEDE LLEVAR A MEDIDAS DISCIPLINARIAS, HASTA E INCLUYENDO EL DESPIDO.**

Por la presente acuso recibo del Manual de Políticas y Procedimientos para Empleados de Allen Concrete, LLC. He leído, entiendo y acepto seguir las políticas y procedimientos contenidos en el mismo. En consideración a mi empleo, acepto cumplir con las reglas y regulaciones de la Compañía y acepto que mi empleo y compensación pueden ser terminados, con o sin causa, y con o sin previo aviso, en cualquier momento, a elección de la Compañía o mío. Reconozco que Allen Concrete, LLC es mi empleador de registro para asuntos de nómina, compensación de trabajadores, seguridad y recursos humanos para incluir compensación por desempleo. El manual siempre estará disponible en www.AllenConcreteInc.com para obtener las últimas actualizaciones.

Acuerdo de arbitraje

Por la presente, reconozco y entiendo que todas y cada una de las reclamaciones y disputas que surjan de o estén relacionadas de alguna manera con mi empleo con Allen Concrete, LLC o cualquiera de sus compañías clientes a las que se me asigne se someterán a arbitraje final y vinculante de acuerdo con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje. Si desea presentar un caso por correo, fax, correo electrónico o en línea, complete los formularios apropiados y envíelos a AAA Case Filing Services. La Compañía no modificará ni cambiará el Acuerdo de Arbitraje sin notificarle con al menos diez (10) días de anticipación. Dicha notificación debe hacerse por escrito. Cualquier disputa que esté pendiente en el momento de la notificación, o que surja dentro del período de diez días, seguirá estando sujeta al Acuerdo.

Seguridad/Compensación de Trabajadores

Si se lesiona en el trabajo, siga estos pasos:

1. Si se trata de una emergencia, llame al 911 y obtenga servicios del hospital y/o centro de emergencia.
2. Llame a Allen Concrete, LLC al (915) 921-0678 inmediatamente y/o dentro de las 24 horas. Los fines de semana envíe un correo electrónico aci@allenconcreteinc.com

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Manual de Políticas y Procedimientos para Empleados.

Entiendo que contiene información importante y se espera que lea y siga las políticas y procedimientos contenidos en el manual.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

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.**

2022

Paso 1:
Anote su información personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		▶ ¿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 .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado		
<input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos		
<input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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 www.irs.gov/W4AppSP 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 **sólo 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 en 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 sólo 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 2022 en todos los otros empleos. Si usted (o su cónyuge) tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo 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	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ▶ \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ▶ \$ _____ Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros ajustes	(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)	\$
	(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)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

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 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 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 <i>(Vea las instrucciones)</i>
<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. <i>(Vea las instrucciones)</i> <i>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</i> 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	





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

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		Información Adicional		igo QR - Sección 2 & 3 No escriba en este esp
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ (Vea las instrucciones para excepciones)

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)	Ciudad o Pueblo	Estado <input type="text"/>
		Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones *(Para ser completado y firmado por el empleador o representante).*

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontratación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Nombre del Empleador o Representante Autorizado
--	---------------------------	---

Allen Concreto, LLC
3800 Hueco Club Rd.
El Paso, TX 79938
Oficina: (915) 921-0678

ESPAÑOL



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE DEPÓSITO DIRECTO

El depósito directo es la transferencia electrónica del monto de su nómina actual de Allen Concreto, LLC a la(s) cuenta(s) designada(s) en el(los) banco(s) o cooperativa(s) de crédito(s) de su elección.

Tipo de cuenta (Marque al menos una casilla a continuación y designe el monto por cheque).

___ Cuenta de cheques

Porcentaje del cheque: _____% o Monto fijo \$ _____

Nombre del banco: _____

Número de ruta ABA del banco: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Nombre en la cuenta bancaria: _____

___ Ahorros

Porcentaje de cheque: _____% Monto fijo: \$ _____

Nombre del banco: _____

Número de ruta ABA del banco: _____

Número de cuenta bancaria: _____

Nombre en la cuenta bancaria: _____

Nombre de empleado: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Allen Concreto, LLC
3800 Hueco Club Rd.
El Paso, TX 79938
Oficina: (915) 921-0678

ESPAÑOL



Inscripción De Cobertura De Salud / Formulario De Deducción Cobertura del 1 de septiembre de 2022 al 31 de agosto de 2023

Como empleado de Allen Concrete, puede inscribirse en nuestro paquete de beneficios para empleados. Usted puede agregar miembros adicionales de familia que usted sería 100% responsable del costo de ellos. Dental & Vision también están disponibles al 100% de contribución de los empleados. Las deducciones se calculan en función de un período de pago de **52 semanas** al año.

Elijo **DECLINAR la cobertura**. Soy consciente de que debido a que mi empleador me ha ofrecido una cobertura accesible, es posible que ya no sea elegible para recibir créditos fiscales / dinero de subsidio para el seguro de salud.

Elijo **ACEPTAR LA COBERTURA** y autorizo a Allen Concrete a deducir de mi cheque de nómina la cantidad semanal verificada anteriormente para mi parte de las primas, comenzando el primero del mes después de 30 días de empleo, para la cobertura que comienza el primero del mes siguiente 60 días de empleo.

SELECCIONE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN si acepta.

Cantidad de Deducción

Médica: Humana PPO 16 OPT 14 Deducible: Individual: \$ 0; Coseguro: 100% dentro de la red, 50% fuera de la red; Máximo de su bolsillo: Individual: \$ 6,500, Familia: \$ 13,000; Copago por visita al consultorio: Atención primaria: \$ 40, Especialista: \$ 100; Niveles de copago de farmacia: \$ 10 | \$ 45 | \$ 90 | 25%

Empleado Solo(a) \$ 30.43 por Periodo de Pago
Empleado & Cónyuge \$ 134.77 por Periodo de Pago
Empleado & Hijos \$ 108.68 por Periodo de Pago
Familia \$ 221.71 por Periodo de Pago

Dental: Humana Deducible \$50 Individual, \$150 Familiar, Cubre 100% Preventivo, 80% Basico, 50% Mayor, No Hay Maximo Anual

Empleado Solo(a) \$ 6.36 por Periodo de Pago
Empleado y Cónyuge \$ 12.72 por Periodo de Pago
Empleado e Hijos \$ 17.66 por Periodo de Pago
Familia \$ 24.31 por Periodo de Pago

Visión Humana \$10 Copago para Examen, \$130 para Armason o \$130 para Lentes de Contacto

Empleado Solo(a) \$ 1.46 por Periodo de Pago
Empleado y Cónyuge \$ 2.92 por Periodo de Pago
Empleado e Hijos \$ 2.77 por Periodo de Pago
Familia \$ 4.36 por Periodo de Pago

He recibido el Resumen de beneficios, el Memo del mercado y el Aviso inicial de COBRA.

Divulgación: Debido al proyecto de ley 51 del Senado, si deja el empleo antes de fin de mes, será responsable de la prima de todo el mes y se deducirá de su último cheque de pago.

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Fecha Firmada

FOR INTERNAL USE ONLY: ENROLLED: YES / NO DOH: _____ DEDUCTIONS START: _____ INS EFFECTIVE _____

Revisado en enero de 2023