

Solicitud de Empleo

Fecha: ___/___/___

Datos Personales									
Nombre y Apellido:									
Domicilio:									
Ciudad, Estado y Código Postal:									
Número de Teléfono:									
Correo Electrónico:									
¿Es usted mayor de 18 años?									
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No						
¿Está usted autorizado para trabajar en los EE.UU?									
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No						
¿Se ha recibido de la preparatoria? Nombre de escuela:									
		<input type="checkbox"/> AA/AS	<input type="checkbox"/> BA/BS	<input type="checkbox"/> MA/MS	<input type="checkbox"/> PhD				
¿Qué tan lejos esta dispuesto a manejar para el trabajo?		<input type="checkbox"/> 5 millas	<input type="checkbox"/> 10 millas	<input type="checkbox"/> 20 millas	<input type="checkbox"/> 50 millas				
Habilidades:									
		<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Oficina	<input type="checkbox"/> Supervisor	<input type="checkbox"/> Contabilidad				
Turno de preferencia:									
		<input type="checkbox"/> 1er	<input type="checkbox"/> 2do	<input type="checkbox"/> 3ro	<input type="checkbox"/> Día	<input type="checkbox"/> Noche			
Días Disponibles:									
		<input type="checkbox"/> Lun.	<input type="checkbox"/> Mar.	<input type="checkbox"/> Mie.	<input type="checkbox"/> Jue.	<input type="checkbox"/> Vie.	<input type="checkbox"/> Sab.	<input type="checkbox"/> Dom.	<input type="checkbox"/> Tiempo Extra
Tipo de Trabajo:									
		<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Temporal/Permanente	<input type="checkbox"/> Contratación Directa					
Empleo actual y anteriores									
Fecha inicial:	Fecha Final:	Nombre de Compañía:	Cuidad/Estado:	Número de Teléfono:					
Compensación:	Posición:	Nombre del Supervisor:							
Deberes del trabajo:			Razón por que se fue:						
Fecha inicial:	Fecha Final:	Nombre de Compañía::	Cuidad/Estado:	Número de Teléfono:					
Compensación:	Posición:	Nombre del Supervisor:							
Deberes del trabajo:			Razón por que se fue:						

Verifico que todas las declaraciones hechas por mí en esta solicitud son verdaderas y completas a mi mejor conocimiento. Entiendo que cualquier declaración falsa u omisiones hechas en esta solicitud pueden resultar en mi despido inmediato. Entiendo que esta es una solicitud hecha a mi voluntad y completar la solicitud no constituye una oferta de empleo o un contrato de trabajo entre Expert Staffing West y yo. Expert Staffing West es un empleador de igualdad y oportunidades Cumplimos con todas las leyes federales, estatales y locales relativas a la discriminación en el empleo. No hay pregunta alguna en esta solicitud en donde se pide información ilícita que viole la ley. Yo doy autorización a Expert Staffing West para recopilar y verificar toda aquella información proporcionada acerca de mis capacidades.

Firma: _____

Fecha: _____

Normas de seguridad generales

Las normas de seguridad generales de Expert Staffing West siguen el modelo de los requisitos Federales de OSHA. Favor de leer y familiarizarse con estas normas entre otras reglas de seguridad que apliquen a su trabajo.

1. Reporte cualquier lesión a su empleador /supervisor inmediatamente.
2. Debe de informar cualquier condición insegura observada a su empleador / supervisor.
3. Juegos bruscos están rotundamente prohibidos.
4. El consumo de bebidas alcohólicas está prohibido en el trabajo. Si algún trabajador esta embriagado en horas de trabajo será despedido.
5. Si usted no tiene entrenamiento corriente de primeros auxilios, no mueva o trate de ayudar a una persona lesionada al menos que haya peligro inmediato, como una hemorragia profusa o la persona ha parado de respirar.
6. Ropa apropiada y calzado deben ser usados en el trabajo en todo momento. Si existen áreas en donde cosas se puedan derrumbar, un casco debe ser usado.
7. Usted no debe realizar ninguna tarea al menos que esté capacitado para hacerlo y está al tanto de los riesgos asociados a esa tarea.
8. Se le podría proporcionar equipo de protección personal. Este equipo deberá de ser usado y conservado en buena condición.
9. Aprenda prácticas de trabajo seguras. En caso que tenga duda acerca de cómo realizar una tarea de forma segura, pregunte a su supervisor.
10. Nunca quite o desvíe dispositivos de seguridad.
11. No se acerque a maquinaria en uso del lado ciego; asegúrese que el operador lo pueda ver.
12. Aprenda dónde se encuentren los extintores y botiquines de primeros auxilios.
13. Mantenga en buenas condiciones su área de trabajo a todo momento.
14. Obedezca todas las normas de tráfico cuando conduzca vehículos en la vía pública.
15. El cinturón de seguridad deberá de ser usado, si usted es pasajero o conduce un vehículo de la compañía,
16. Esté alerta de los peligros que podrían afectar a usted o a sus compañeros de trabajo.
17. Obedezca todas las señales de seguridad.
18. No tome atajos: siempre realice su tarea asignada de forma segura y correcta. Los atajos y ignorancia de las normas de seguridad establecidas, es la causa principal de lesiones a los trabajadores.

Pólizas y Procedimientos

Si está de acuerdo después de haber leído cada declaración, favor de inicial.

1. Entiendo que Expert Staffing West toma su responsabilidad como mi empleador muy en serio y han hecho todo lo posible para proporcionarme con un ambiente de trabajo seguro. Si me lesiono en el trabajo, Expert Staffing West se ocupará de inmediato con reclamos legítimos. Expert Staffing West tiene seguro de compensación de trabajadores que pagará los gastos médicos. Entiendo que Expert Staffing West tiene una amplia experiencia en la investigación de reclamos y cualquier denuncia fraudulenta será penalizada con todo el peso de la ley.
Iniciales: _____
2. Si sufro una lesión en el trabajo, entiendo y acepto que es mi responsabilidad informar al cliente y al personal de expertos al oeste de cualquier lesión de inmediato. Entiendo y acepto que no hay 'excusas' razonables para no informar una lesión y que bajo ninguna circunstancia 'Temo perder mi trabajo' se considera una excusa aceptable o razonable para no informar una lesión de inmediato".
Iniciales: _____
3. Expert Staffing West tiene un reglamento estricto acerca del **abuso de substancias** y he firmado una forma de consentimiento para someterme a pruebas de drogas. Entiendo que al no cumplir con dicha política será motivo suficiente para mi despido inmediato.
Iniciales: _____
4. He leído, entiendo, y me comprometo a cumplir con las normas y reglamentos de seguridad de Expert Staffing West.
Iniciales: _____
5. Tengo acceso telefónico y transportación segura.
Iniciales: _____
6. Entiendo, una vez asignado, soy un empleado de Expert Staffing West y sólo Expert Staffing West o yo mismo podemos terminar mi empleo. Cuando mi asignación de empleo termine, debo reportarme con Expert Staffing West para mi próxima asignación de trabajo. Al no ser así, o al negar mi próxima asignación de trabajo, será indicación de que he renunciado por mi propia voluntad y no sere elegible para beneficios de desempleo.
Iniciales: _____
7. Entiendo que se me espera completar cada asignación de empleo que acepto. Entiendo que al no cumplir con mi asignación de empleo, dar notificación a Expert Staffing West que no puedo cumplir, o al no presentarme al trabajo, Expert Staffing West puede asumir que he renunciado voluntariamente y no seré elegible para beneficios de desempleo.
Iniciales: _____
8. Si por alguna razón inesperada, como una emergencia o enfermedad, no puedo llegar a tiempo al trabajo, me pondré en contacto con Expert Staffing West tan pronto como sea posible.
Iniciales: _____
9. Se que necesito que entregar un comprobante de mis horas trabajadas, al no entregar dicho comprobante a su tiempo apropiado podría resultar en que no se me pague a tiempo. Entiendo la razón por cual Expert Staffing West necista dicha documentación.
Iniciales: _____
10. Entiendo y acepto que después de reportar una lesión, tengo derecho a recibir un formulario de reclamo, llamado DWC-1, dentro de un día
Iniciales: _____

Certifico que he leído, he entendido, y cumpliré con las **Normas de seguridad generales** y las **Polizas** y los **Procedimientos** mencionados anteriormente y entiendo que al no cumplir puede ser motivo de terminación y puede descalificarme de beneficios del seguro.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Política de Abuso de Sustancias

Expert Staffing West se compromete a garantizar un ambiente libre de drogas para nuestros clientes y empleados. Para apoyar este objetivo y debido al problema del abuso de drogas en el lugar de trabajo hoy en día, Expert Staffing West ha establecido la siguiente política para los trabajadores actuales y futuros trabajadores de Expert Staffing West.

Expert Staffing West explícitamente prohíbe:

- El uso, posesión, solicitación de, o venta de narcóticos u otras drogas ilegales, alcohol o medicamentos con receta sin una receta en la compañía o los clientes locales o en horas de trabajo.
- Ser vulnerados o bajo la influencia de drogas o alcohol legales o ilegales fuera de la compañía o las instalaciones del cliente que afecta negativamente el desempeño laboral del empleado, su propia seguridad, la de los demás, o la reputación de la compañía.

Expert Staffing West puede hacerle prueba de drogas usando El Abuso de Sustancias y Las Normas de Administración de Servicios de Salud Mental (www.samnsa.gov), por tres razones:

1. **Pre-Emplo:** Puede ser requerido por nuestro cliente.
2. **Aleatoriamente:** Algunos trabajadores pueden ser sometidos a prueba de drogas sin aviso.
3. **Por Causa :** Si hay creencia de la compañía de que existe un problema de drogas (por ejemplo, evidencia de drogas, accidentes, lesiones en el lugar de trabajo, peleas u otros síntomas conductuales relacionados a los de las drogas, desempeño negativo, ausentismo excesivo o tardanzas) luego Por Causa se hará la prueba.

Trabajadores de Expert Staffing West que se nieguen a someterse a pruebas de drogas, dan resultado positivo, o admiten al abuso de sustancias serán despedidos.

Trabajadores de Expert Staffing West que sean positivos o admitan al abuso de sustancias serán referidos a lugares públicos que presten servicios de rehabilitación y asesoramiento.

Los resultados de todas las pruebas de drogas sólo serán utilizados por Expert Staffing West para tomar decisiones relacionadas con el empleo y todos los resultados son tratados de forma confidencial.

Autorización de la pantalla de Drogas y Consentimiento

Por lo presente autorizo y doy permiso completo a Expert Staffing West y/o su médico de compañía, a administrar una prueba de drogas oral y/o enviar una muestra de mi orina y/o sangre a un laboratorio para una prueba de detección utilizando Abuso de Sustancias y Salud Mental Administración de Servicios (S.A.M.H.S.A.) (www.samhsa.gov) normas para la presencia de drogas ilegales , alcohol o medicación prescripción tomadas sin una receta .

Todo aquel involucrado será visto como inofensivo, cual significa que no demandaré a nadie, ni mantendré nadie a cargo de cualquier supuesto daño a mi, o que han interferido en que obtenga empleo o continuar con mi empleo, debido a que niego someterme a las pruebas o a los resultados de las pruebas. Esto incluye, pero no limita, al posible personal de oficina o personal del laboratorio.

Esta política y la autorización ha sido explicado en un idioma que yo entiendo y me han dicho que si tengo alguna pregunta serán contestadas acerca de los exámenes de drogas. Entiendo que esto es un documento legal y vinculante, esto es vinculante porque Expert Staffing West me enviará y pagará por los exámenes.

Entiendo que Expert Staffing West exigirá una prueba de drogas cada vez que haya un accidente o lesión en el lugar de trabajo. De acuerdo a la política de Expert Staffing West, la autorización de este documento y la negación de someterme a una prueba de drogas, puede resultar en mi terminación.

Certifico que he leído, he entendido, y cumpliré con la **Política de Abuso de Sustancias** y la **Autorización de la Pantalla de Drogas y Consentimiento** mencionados anteriormente y entiendo que al no cumplir puede ser motivo de terminación y puede descalificarme de beneficios del seguro.

Firma: _____

Fecha: _____

La ley para Estadounidenses con Discapacidades Declaración Política

Expert Staffing West se compromete a cumplir con todas las disposiciones aplicables de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades ("ADA"). Es política de Expert Staffing West no discriminar contra cualquier trabajador o solicitante calificado con respecto a cualquiera de los términos o condiciones de empleo a causa de la discapacidad de dicha persona o discapacidad percibida, siempre y cuando el trabajador pueda realizar las funciones esenciales del trabajo. Consistente con esta política de no discriminación, Expert Staffing West proporcionará alojamiento razonables para un individuo calificado con una discapacidad, según la definición de la ADA, que ha hecho de Expert Staffing West consciente de su discapacidad, siempre que dicho alojamiento no constituye una carga excesiva en privación de Expert Staffing West.

Trabajadores con una discapacidad que creen que necesitan una adaptación razonable para realizar las funciones esenciales de su trabajo, deben comunicarse con su supervisor inmediato.

No discriminación y Política Contra el Acoso

Expert Staffing West se ha comprometido a un ambiente de trabajo en el que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad. Cada individuo tiene el derecho a trabajar en un ambiente profesional que promueve la igualdad de oportunidades laborales y prohíbe las prácticas discriminatorias, incluyendo el acoso. Por lo tanto, Expert Staffing West espera que todas las relaciones entre las personas en el lugar de trabajo sean de tipo empresarial y libre de sesgos, prejuicios y acoso.

¿Qué es el Acoso?

- A. El acoso sexual se define como avances sexuales inoportunos, solicitud de favores sexuales y otra conducta verbal o física de naturaleza sexual cuando:
- I. La sumisión a tal conducta se hace explícita o implícitamente un término o condición del empleo de un individuo;
 - II. La aceptación o el rechazo de tal conducta por un individuo se usa como base para decisiones de empleo que afectan a tal individuo; o
 - III. Tal conducta tiene el propósito o efecto de interferir irrazonable con el desempeño laboral de un individuo o de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo. El acoso sexual puede incluir avances sexuales no deseados o solicitud de favores sexuales; bromas e insinuaciones sexuales; abuso verbal de naturaleza sexual; comentarios acerca del cuerpo de un individuo, la potencia sexual o deficiencias sexuales; mirando de reojo, silbidos o tocar; comentarios o gestos insultantes u obscenos; mostrar objetos o imágenes sexualmente sugestivas (incluso a través de correo electrónico); y otra conducta física, verbal o visual de naturaleza sexual.
- B. También se prohíbe el acoso sobre la base de cualquier otra característica protegida. Bajo esta política, el acoso es una conducta verbal o física que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo debido a su raza, color, religión, origen nacional, edad, discapacidad o cualquier otra característica protegida por la ley y que:
- I. Tiene el propósito o el efecto de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo;
 - II. Tiene el propósito o efecto de interferir con el desempeño laboral de un individuo; o
 - III. De otra manera afecta negativamente a las oportunidades de empleo de un individuo. El acoso incluye, pero no limitado a: epítetos, calumnias o estereotipos negativos; amenazar, intimidar o actos hostiles; denigrar chistes y exhibición o circulación en el lugar de trabajo de material escrito o gráfico que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo o grupo (incluso a través de correo electrónico) basado en una característica protegida.

Denunciando Actos de Acoso

Expert Staffing West insta encarecidamente a la notificación de todos los incidentes de discriminación, acoso o represalia, independientemente de la identidad del delincuente o posición. Las personas que creen que han experimentado una conducta que ellos creen que es contrario a la política de dotación de Expert Staffing West o que creen que pueden tener una conducta testigo que viole esta política deben presentar sus quejas o expresar sus inquietudes con su supervisor. Si el demandante es incómodo ir a su supervisor por cualquier razón, entonces la queja puede ser presentada ante el Presidente o cualquier Miembro de la Junta Directiva. La disponibilidad de este procedimiento de quejas no impide que las personas que creen que están siendo sometidos a conductas de acoso desde el asesoramiento inmediato al delincuente que su comportamiento no es bienvenido y solicitando que suspenderse.

Represalias Prohibidas

Expert Staffing West prohíbe las represalias contra cualquier persona que reporta la discriminación o el acoso o participa en una investigación de este tipo de informes. Las represalias contra un individuo por reportar el acoso o la discriminación o por participar en una investigación de una denuncia de acoso o discriminación constituyen una grave violación de esta política y, como el acoso o la discriminación en sí, será sujeto a una acción disciplinaria.

Certifico que he leído, he entendid, y cumpliré con la Ley para Estadounidenses con Discapacitadas y la de No Discriminación y política contra el acoso, impresa arriba, y entiendo que al no cumplir puede ser motivo de terminación y puede descalificarme de beneficios del seguro.

Firma: _____

Fecha: _____

Divulgación de Información de Antecedentes Penales

Yo, el firmante, autorizo a Expert Staffing West para examinar cualquier y todos los registros de antecedentes penales y detenciones en el expediente en los condados, en el estado de Massachusetts o cualquier otro Estado. Al hacer esto, entiendo que estoy renunciando a mi derecho de la confidencialidad con respecto a mi historia criminal.

Firma: _____ Fecha: _____

Apellido:	Nombre:	
# de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	
# Licencia de conducir:	Estado:	
Dirección Actual:	Unidad:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Por favor escriba cualquier otro nombre utilizado durante los últimos siete años:		
1)	2)	
3)	4)	

Proporcione Ciudad y Condado información de su residencia que abarca los últimos siete años, comience con la última dirección en primer lugar:

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal	Fecha Desde:	Fecha Final:

*Esta información será utilizada para la investigación de antecedentes solamente y no se utilizará como criterio de contratación.

Reconocimiento y solicitud de seguridad y protección por Expert Staffing West

¡La seguridad es nuestra principal prioridad # 1!

Por favor ponga sus iniciales en las siguientes declaraciones:

1. Si ocurre una lesión en el lugar de trabajo, cumpliré los siguientes 4 pasos...
 - i. yo. Reportaré la lesión inmediatamente, en el momento de la lesión, a mi supervisor.
 - ii. Documentaré la lesión y seguiré los pasos para buscar atención médica en el momento de la lesión (si necesita atención médica).
 - iii. Llamaré a Expert Staffing West para notificarles sobre mi situación, sin importar la hora del día (antes, durante o después de las horas).
 - iv. Luego visitaré el centro médico provisto por Expert Staffing West.

_____ **(Iniciales)**
2. No reportaré ninguna lesión después de haber dejado mi lugar de trabajo.
3. No solicitaré atención médica por un médico personal a menos que informe a Expert Staffing West por escrito antes de mi visita médica y se apruebe.
4. Si un médico opina que no puedo reanudar mis deberes regulares pero que puedo realizar tareas laborales modificadas, informaré para un trabajo modificado con Expert Staffing West, donde me ofrecerán trabajos modificados de acuerdo con las recomendaciones y restricciones del médico hasta que un médico opina que puedo reanudar los deberes de trabajo completos.

_____ **(Iniciales)**
5. Mensajes sobre disponibilidad, cheques, tiempo libre, etc...
 - i. Si durante el horario comercial, LLMARE a Expert Staffing West y hablaré con un representante.
 - ii. Si fuera del horario comercial, enviaré TEXT Expert Staffing West y explicaré mi situación. Un representante me responderá una vez que se reanuden las horas de oficina.

_____ **(Iniciales)**
6. Si tuviera que tomar un día de enfermedad / día de enfermedad, me comunicaré con Expert Staffing West directamente al (805)253-3246 para avisarles con anticipación. Esto incluye si llego tarde por cualquier razón.

_____ **(Iniciales)**

Reconozco que he sido informado y entrenado sobre los temas de seguridad y alimentos mencionados anteriormente. Entiendo las políticas y procedimientos establecidos en la instalación en la que trabajaré. Acepto las políticas y procedimientos, y los seguiré en mi trabajo diario.

Firma: _____ Fecha: _____

Reconocimiento y solicitud de seguridad y protección por Expert Staffing West
¡La seguridad es nuestra principal prioridad # 1!

Por favor ponga sus iniciales en las siguientes declaraciones:

1. Si ocurre una lesión en el lugar de trabajo, cumpliré los siguientes 4 pasos...
 - i. yo. Reportaré la lesión inmediatamente, en el momento de la lesión, a mi supervisor.
 - ii. Documentaré la lesión y seguiré los pasos para buscar atención médica en el momento de la lesión (si necesita atención médica).
 - iii. Llamaré a Expert Staffing West para notificarles sobre mi situación, sin importar la hora del día (antes, durante o después de las horas).
 - iv. Luego visitaré el centro médico provisto por Expert Staffing West. _____ **(Iniciales)**

2. No reportaré ninguna lesión después de haber dejado mi lugar de trabajo. _____ **(Iniciales)**

3. No solicitaré atención médica por un médico personal a menos que informe a Expert Staffing West por escrito antes de mi visita médica y se apruebe. _____ **(Iniciales)**

4. Si un médico opina que no puedo reanudar mis deberes regulares pero que puedo realizar tareas laborales modificadas, informaré para un trabajo modificado con Expert Staffing West, donde me ofrecerán trabajos modificados de acuerdo con las recomendaciones y restricciones del médico hasta que un médico opina que puedo reanudar los deberes de trabajo completos. _____ **(Iniciales)**

5. Mensajes sobre disponibilidad, cheques, tiempo libre, etc...
 - i. Si durante el horario comercial, LLMARE a Expert Staffing West y hablaré con un representante.
 - ii. Si fuera del horario comercial, enviaré TEXT Expert Staffing West y explicaré mi situación. Un representante me responderá una vez que se reanuden las horas de oficina. _____ **(Iniciales)**

6. Si tuviera que tomar un día de enfermedad / día de enfermedad, me comunicaré con Expert Staffing West para avisarles con anticipación. Esto incluye si llego tarde por cualquier razón.
_____ **(Iniciales)**

Reconozco que he sido informado y entrenado sobre los temas de seguridad. Entiendo las políticas y procedimientos establecidos en la instalación en la que trabajaré. Acepto las políticas y procedimientos, y los seguiré en mi trabajo diario.

Firma del asociado: _____ Fecha: _____

Nombre del asociado: _____

El siguiente documento en el paquete de incorporación es el Acuerdo Mutuo con respecto al Arbitraje y las Demandas de Clase. Firmar este acuerdo es voluntario, y no una condición de empleo. Por favor revise y si elige hacerlo, por favor firme y coloque la fecha como se indica. Este acuerdo reemplaza y reemplaza todos los acuerdos previos relacionados con este tema de este acuerdo.

ACUERDO MUTUO SOBRE ARBITRAJE Y RECLAMACIONES DE CLASE

Expert Staffing West y todas las entidades relacionadas, incluidas las entidades donde se envía a los empleados a trabajar, se denominarán en lo sucesivo "la Compañía".

En caso de que exista una disputa entre el Empleado y la Compañía relacionada o que surja del empleo o la terminación del Empleado, que el Empleado y la Compañía no pueden resolver de manera informal a través de una discusión directa, independientemente del tipo o tipo de disputa, el Empleado y la Compañía acuerda presentar todos los reclamos o disputas que se resolverán mediante un arbitraje final y vinculante, en lugar de acudir a los tribunales, de conformidad con las normas de procedimiento de la Ley Federal de Arbitraje. En todos los estados que no sean California, el árbitro tendrá la discreción de permitir todo descubrimiento razonable. En California, el descubrimiento se registrará por la sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil de California.

El empleado ha aceptado esto por sí mismo y entiende que dichas disputas pueden incluir pero no se limitan a reclamos a favor o en contra: incumplimiento de contrato, fraude, tergiversación, difamación, lesiones personales, salarios, sueldo, compensación, reembolso, sanciones, despido injustificado, terminación constructiva, indemnización por enfermedad, licencia pagada, la Ley Federal de Normas Laborales y leyes estatales o locales comparables, la Ley de Derechos Civiles de 1964, y sus modificaciones, 42 USC Sección 1981, Ley de Estadounidenses con Discapacidades y / u otras leyes estatales o locales federales o comparables que prohíben la discriminación, el acoso o las represalias por motivos de religión, sexo, edad, color, raza, nacionalidad, discapacidad física, mental o emocional, discapacidad, condición médica, estado civil u otra base y leyes estatales o locales comparables, la Ley de Ausencia Familiar y Médica y leyes estatales o locales comparables, la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA) y las leyes estatales sobre competencia desleal o prácticas comerciales desleales. Reclamaciones por compensación por desempleo, reclamos bajo la Ley Nacional de Relaciones Laborales, reclamos bajo PAGA, reclamos por beneficios de compensación laboral, y cualquier reclamo que no sea arbitrable bajo la ley estatal o federal aplicable no es arbitrable bajo este Acuerdo.

Excepto como lo prohíbe la ley aplicable, el Empleado y la Compañía expresamente tienen la intención y acuerdan que: (1) acción colectiva, acción colectiva y procedimientos de acción representativos no serán firmados, ni se aplicarán, en ningún procedimiento de arbitraje conforme a este Acuerdo; (2) ni el Empleado ni la Compañía harán valer ninguna demanda colectiva, acción colectiva o demanda de acción representativa entre sí en arbitraje, en cualquier tribunal o de otra manera; y (3) El empleado y la Compañía solo presentarán sus propios reclamos individuales en arbitraje y no buscarán representar los intereses de ninguna otra persona. Esta exención de acción de clase / colectiva / representativa no se aplica a reclamos presentados bajo la Ley Nacional de Relaciones Laborales (NLRA). El empleado puede impugnar la aplicabilidad de esta exención de clase / acción colectiva bajo la NLRA o en cualquier otro foro, y la Compañía acepta que no tomará represalias contra el empleado o cualquier empleado que impugne la aplicabilidad de esta renuncia; sin embargo, la Compañía se reserva todos los derechos para tratar de aplicar plenamente la renuncia y obligar al arbitraje de forma individual. La consolidación de reclamaciones sin consentimiento de todas las partes en la disputa también está prohibida. Cualquier reclamo debe presentarse dentro del plazo de prescripción aplicable a la presentación de dicho reclamo ante el tribunal o en un procedimiento administrativo. Todos los recursos disponibles a través de un tribunal o una acción administrativa están disponibles a través del arbitraje.

El empleado y la Compañía acordarán mutuamente un árbitro neutral. Si no se puede llegar a un acuerdo, el árbitro será designado de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley Federal de Arbitraje. En California, la Compañía pagará la compensación del árbitro y cualquier otra tarifa administrativa exclusiva del arbitraje. El árbitro debe emitir una decisión por escrito, exponiendo en forma resumida los motivos de la determinación del árbitro y la base legal para esa determinación. El arbitraje tendrá lugar en una ubicación mutuamente conveniente en el estado donde trabajó el Empleado, a menos que el Empleado y la Compañía acuerden mutuamente una ubicación alternativa. Cualquiera de las partes en este acuerdo puede ser representada por un abogado en cualquier procedimiento de arbitraje y cualquiera de las partes se reserva el derecho de solicitar medidas cautelares en ayuda del arbitraje. Este Acuerdo se rige por la Ley Federal de Arbitraje, 9 U.S.C. § 1 et seq.

Si una parte viola este Acuerdo al iniciar una acción que afirma un reclamo cubierto por este Acuerdo en un tribunal de justicia, entonces el tribunal (y no un árbitro) tendrá la autoridad para resolver cualquier disputa sobre la interpretación, formación, existencia, aplicabilidad, validez y alcance del Acuerdo, incluida la Exención de Clase y Reclamos Colectivos. Sin embargo, si una parte cumple con este Acuerdo y los archivos para arbitraje sin presentar una queja en un tribunal de justicia, entonces el Árbitro tendrá la autoridad para resolver cualquier disputa sobre la interpretación del Acuerdo a los fines de descubrimiento o los méritos del subyacente reclamar, pero no tendrá autoridad para resolver disputas sobre la formación, existencia, aplicabilidad o validez del Acuerdo, incluida la renuncia a reclamos colectivos y colectivos. Ninguna decisión de ningún árbitro servirá como precedente en otros arbitrajes, excepto para evitar que el mismo reclamo sea sometido a arbitraje entre las mismas partes.

Si algún término o disposición, o parte de este Acuerdo, se declarara nula o inejecutable o se considerara en contravención de la ley, el tribunal lo anulará y / o modificará, y el resto de este Acuerdo será plenamente exigible.

Firma del asociado: _____

Nombre del asociado: _____

Fecha: _____



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

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

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

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

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<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. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space </div>	

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

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

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

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



Employer Completes Next Page



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).

<p>Paso 3: Reclamación de dependientes</p>	<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</p>	<p>3</p>	<p>\$</p>
<p>Paso 4 (opcional): Otros ajustes</p>	<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</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</p> <p>(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago</p>	<p>4(a)</p> <p>4(b)</p> <p>4(c)</p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>

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

<p>Para uso exclusivo del empleador</p>	<p>Nombre y dirección del empleador</p>	<p>Primera fecha de empleo</p>	<p>Número de identificación del empleador (EIN)</p>
--	---	--------------------------------	---