

Company Name: \_\_\_\_\_ Employee Start Date: \_\_\_\_\_

Job Title: \_\_\_\_\_ Work Comp Code: \_\_\_\_\_ Pay Rate: \_\_\_\_\_



### Professional Business Solutions

(Aqui y después refiriédo como "PBS")

### APLICACION DE EMPLEO

Oportunidad igual del Empleador

La información contenida en la Aplicación del Empleo es esencial a su empleo con PBS . Toda la documenta debe ser llenada completamente y firmada por usted ANTES que empleo se pueda considerar. Usted será considerado para el empleo sin el respecto para competir, color, la religión, el sexo, el origen o la edad nacional. La Discriminación de la Edad en el Acto del Empleo de 1967 prohíbe la discriminación a base de la edad con respecto a los individuos que son por lo menos 40 años pero menos de 65 de la edad.

#### UNA O MAS DE LAS CONDICIONES SIGUIENTES REUNIERON POR UN EMPLEADO CONSTITUYE UN RENUNCIA VOLUNTARIA CONECTADO CON EL TRABAJO Y BENEFICIOS DE DESEMPLEO PUEDEN SER NEGADOS:

- 1.) Al fallar en llamar Professional Business Solutions 24 horas al fin de el trabajo, a pesar de la razón de la separación con el cliente, con la notificación de su disponibilidad.
- 2.) Al fallar en llamar tres (3) veces semanalmente cuando no este trabajando. Los números de teléfono para este requisito son: (281) 398-1955.
- 3.) Al fallar para notificar PBS con su cambio de domicilio o el numero telefónico.
- 4.) Refusio o el fracaso para aceptar una tarea adecuada del trabajo basada sobre la pago, calificaciones o la ubicación.
- 5.) El recibo de la compañía de su reclamo del desempleo sin la notificación previa de su disponibilidad es nota de una renuncia voluntaria.

Iniciando las áreas siguientes verifica que el individuo denominado ha recibido una copia de las policas de Professional Business Solution, Inc. ha leído, entienden completamente, y concuerdan en adherir a estas normas incorporadas en esto y hecho una parte del proceso de la aplicación del empleo.

#### Inicial:

\_\_\_\_\_ Entiendo que esto no es para propósitos de nómina sólo

\_\_\_\_\_ Entiendo que seré un empleado de trabajar de PBS para uno de sus clientes

\_\_\_\_\_ He recibido una hoja de información de Procedimiento de Accidente y manual de empleo de PBS.

\_\_\_\_\_ Entiendo que PBS No se permite el uso de ninguna droga

#### Autorización Médica

Firmando abajo autoriza el acceso repleto a copias de registros médicos, los informes de la radiología, la droga/las selecciones de alcohol, y los documentos de cualquier relaciona amable a mi pasado o la herida presente/la enfermedad a Professional Business Solution que yo por la presente concuerdo en liberar esta información y tener todo tales proveedores médicos inofensivos de la liberación de esta información como expuso en esta autorización.

#### Autorización de Deducción de pago

Firmando debajo autoriza las deducciones cuando aplicable ser hecho fuera de mi cheque de pago para herramientas, los uniformes, el seguro de la salud, los errores en la nómina, los pagos excesivos y cualquier otra deducciones relacionadas con el trabajo.

En firmando debajo yo reconosco que entiendo las policas de listó y acepto las condiciones del empleo con Professional Business Solution PERSONAL de Arrendamiento

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ fecha de la Aplicación \_\_\_\_\_ Número de Telefono \_\_\_\_\_

Form <b>W-4</b> Department of the Treasury Internal Revenue Service	<b>Employee's Withholding Allowance Certificate</b> ▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.	OMB No. 1545-0074 <b>2009</b>
---	--	----------------------------------

1 Type or print your first name and middle initial.		Last name		2 Your social security number	
Home address (number and street or rural route)				3 <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate. Note. If married, but legally separated, or spouse is a nonresident alien, check the "Single" box.	
City or town, state, and ZIP code				4 If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. ▶ <input type="checkbox"/>	
5 Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2)					5
6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck					6 \$
7 I claim exemption from withholding for 2009, and I certify that I meet both of the following conditions for exemption. ● Last year I had a right to a refund of all federal income tax withheld because I had no tax liability and ● This year I expect a refund of all federal income tax withheld because I expect to have no tax liability. If you meet both conditions, write "Exempt" here ▶					7

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Employee's signature (Form is not valid unless you sign it.) ▶			Date ▶		
8 Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)			9 Office code (optional)		10 Employer identification number (EIN)

**SOLUCIONES DE NEGOCIO DE  
PROFESSION BUSINESS SOLUTION DE ARRENDAMIETO  
PROCEDIMIENTOS DE HERIDAS**

**\* El empleado retiene para sus registros \***

Los siguientes procedimientos se deben seguir para todas las heridas relacionadas con el trabajo

1. TODOS ACCIDENTES/las HERIDAS deben ser informadas a su capataz o el supervisor, aunque ninguna atención médica se requiera. El empleado herido debe completar un Informe de la Herida de Empleado/el Accidente aunque la atención médica no se requiera. Se colocará en su archivo médico para la referencia futura en caso de problemas.
2. El supervisor debe completar un Informe de Supervisor de el Accidente, en otras palabras a la persona que se informa en su trabajo, al mismo tiempo el informe de accidente de empleado es llenado, a pesar que la atención médica no se requiera. Ambos reportes tienen que ser telecopiados a la oficina corporativa de Professional Business Solutions al (281)398-1955.
3. Si la herida requiere la atención médica y no es una situación de emergencia, tenga a su supervisor que llame (281) 398-1955 antes de ir a una facilidad médica. En caso de una emergencia, tenga su supervisor que llame y informe a cual facilidad médica lo transportaron a. Necesitamos autorizar el tratamiento, arreglar facturar apropiado, y determinar que la facilidad siga los procedimientos apropiados.
4. Si un empleado debe estar fuera en incapacidad, él/ella debe notificar a su Supervisor de Professional Business Solution. Si esta fuera por un período extendido de tiempo, el empleado debe pasarse por su oficina o llamar por lo menos para avisar una vez a la semana a Professional Business Solution de su posición. Sobre recipiente una liberación para volver a trabajar, usted debe llamar la oficina a informar su disponibilidad.
5. En cualquier momento un empleado está en el deber ligero bajo las restricciones del doctor se deben seguir. El empleado puede volver a sus deberes regulares solo cuando la liberación esta escrito por el doctor. Es su responsabilidad de decir le al doctor que Professional Business Solution tiene toda clase de trabajo ligero.
6. Una pantalla de drogas se requiere para todas heridas. Una prueba de drogas se requiere tomar dentro 24 horas después que una herida se informa. El desecho de someter una prueba de la droga tendrá como resultado las mismas consecuencias como una prueba positiva de droga o alcohol.
7. Entiendo y concuerdo en permanecer por el encima de procedimientos de accidente. Entiendo que ningún pago a mí o cualquiera más para gastos con respecto a mi accidente y la herida resultante no es una admisión de la responsabilidad por parte de Professional Business Solutions . En caso de una herida, yo autorizo el acceso repleto a copias de registros médicos, los informes de la radiología, la droga/los selecciones de alcohol y documentos de cualquier relacionar amable a mi pasado o la herida presente/la enfermedad a Professional Business Solutions. Yo concuerdo en liberar esta información y información vieja tales proveedores médicos inofensivos de la liberación de esta información como expuso en esta autorización.

## FORMATO DE AUTORIZACION DE INFORMACION DEL CONSUMIDOR

Se le informa que junto con su aplicación de trabajo (se incluye contrato de servicios), la información del consumidor o la información del consumidor en investigación que se solicite de usted, contendrá información histórica pública donde muestra información de su crédito, información criminal, información sobre la licencia de conducir, educación, verificación con sus empleadores previos, reclamos de compensación de trabajo previo y otros. Junto con estos datos se pide información de anteriores empleos como también las razones por las cuales se dieron por terminados esos empleos. Por otro lado, se solicitará la información de sus actividades pasadas a las distintas oficinas Federales, del Estado, Locales y de otras agencias. Una información del consumidor que contenga datos sobre lesiones y enfermedades, será obtenida solamente después de que se presente una oferta tentativa de empleo.

Firmando esta forma en la parte de abajo, usted autoriza sin reserva alguna para que este empleador se pueda comunicar con cualquier agencia o compañía para verificar la información arriba mencionada. Además usted autoriza la obtención de esta información arriba mencionada en cualquier momento durante su permanencia en el empleo actual (o contrato). Usted también accede que un fax o fotocopia de esta autorización firmada por usted sea aceptada con la misma autoridad que el original.

Usted tiene el derecho de hacer la requisición de HireCheck, Inc presentado la identificación apropiada y el pago de cualquier cargo legal permisible por la información que haya en sus archivos al momento de ser requerida.

Por este medio usted autoriza y requiere, sin ninguna reserva, para que cualquier empleador actual o formal, escuela, departamento de policía, institución financiera, división de vehículos motores, agencia de información del consumidor o cualquier otra persona o agencias que tengan conocimiento de usted para proveer a HireCheck, Inc la información histórica de su pasado, ya sea parcial o total que ellos posean para que sean evaluadas para la aceptación de su empleo.

Esto solamente aplica para los solicitantes en los Estados de California, Minnesota u Oklahoma, si usted desea recibir una copia de su reporte de consumidor, si se acepta, por favor marque una equis (x) en este cuadro . Si usted lo marca y si es un solicitante que se encuentra en el Estado de California, una copia de su reporte de consumo le será enviada a usted dentro de los tres (3) días siguientes de que el empleador haya recibido su copia.

Esto solo aplica para los solicitantes en el Estado de California, si un reporte de su carácter, reputación general, características personales y modo de vida, se obtiene sin usar una agencia de reporte del consumidor, se le suministrará una copia de la información de consumo publica dentro de los siete (7) días siguientes de que el empleador haya recibido su copia a menos que usted marque este cuadro con una equis donde usted autoriza que renuncia a la obtención de una copia del reporte del consumidor .

Escriba su nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: Estado: Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Licencia del Estado de: Licencia de Conducir Número: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo (M o F) \_\_\_\_\_

Nombres usados anteriormente: \_\_\_\_\_

Licencia Profesional: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Libreta y Manual de Seguridad del Empleado Reconocimiento de Recibido

He recibido, y es mi obligacion solamente leer (o he tenido la oportunidad de leer) y estoy de acuerdo de seguir las reglas del Libreto de la Compania a el Empleado y el Manual de Seguridad. Entiendo que la compania tiene el derecho de cambiar, alterar, suspender, cancelar, y interpretar todas las polizas y practicas de la Compania sin notificar por adelantado a su sola discrecion, y sin tener que dar causa, justificacion o consideracion a ningun empleado de sus derechos.

---

Nombre del Empleado (Letra de Molde)

---

Fecha

---

Firma del Empleado

---

Nombre del Cliente

---

Numero de Seguro Social

Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

**Form I-9, Employment Eligibility Verification**

Please read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documents have a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

**Section 1. Employee Information and Verification.** To be completed and signed by employee at the time employment begins.

Print Name: Last	First	Middle Initial	Maiden Name
Address (Street Name and Number)		Apt. #	Date of Birth (month/day/year)
City	State	Zip Code	Social Security #

**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):

- A citizen or national of the United States
- A lawful permanent resident (Alien #) A \_\_\_\_\_
- An alien authorized to work until \_\_\_\_\_

(Alien # or Admission #)

Employee's Signature	Date (month/day/year)
----------------------	-----------------------

**Preparer and/or Translator Certification.** (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Preparer's/Translator's Signature	Print Name
Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)	
Date (month/day/year)	

**Section 2. Employer Review and Verification.** To be completed and signed by employer. Examine one document from List A OR examine one document from List B and one from List C, as listed on the reverse of this form, and record the title, number and expiration date, if any, of the document(s).

List A	OR	List B	AND	List C
Document title: _____		_____		_____
Issuing authority: _____		_____		_____
Document #: _____		_____		_____
Expiration Date (if any): _____		_____		_____
Document #: _____		_____		_____
Expiration Date (if any): _____		_____		_____

**CERTIFICATION - I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) \_\_\_\_\_ and that to the best of my knowledge the employee is eligible to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment.)**

Signature of Employer or Authorized Representative	Print Name	Title
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)		Date (month/day/year)

**Section 3. Updating and Reverification.** To be completed and signed by employer.

A. New Name (if applicable)	B. Date of Rehire (month/day/year) (if applicable)
-----------------------------	--

C. If employee's previous grant of work authorization has expired, provide the information below for the document that establishes current employment eligibility.

Document Title: \_\_\_\_\_ Document #: \_\_\_\_\_ Expiration Date (if any): \_\_\_\_\_

**I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is eligible to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.**

Signature of Employer or Authorized Representative	Date (month/day/year)
--	-----------------------

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

<b>LISTA A</b> Documentos que Establecen Ambas la Identidad y Elegibilidad Para Trabajar	<b>LISTA B</b> Documentos que Establecen la Identidad	<b>LISTA C</b> Documentos que Establecen la Elegibilidad para el Empleo	
1. Pasaporte Estadounidense (vigente o vencido)	1. Licencia de conducir o Tarjeta de Identificación (ID) emitida por el estado o territorio de los Estados Unidos si contienen fotografía o el nombre, fecha de nacimiento, género, altura, color de ojos y dirección	1. Tarjeta de Seguro Social de los Estados Unidos emitida por la Administración de Seguro Social (con excepción de una tarjeta que indique que no se encuentra apto(a) para trabajar)	
2. Tarjeta de Residencia Permanente o Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551)	2. Tarjeta de Identificación (ID) emitida por agencias o entidades del gobierno federal, estatal o local o si contiene una fotografía o información tal como el nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección	2. Partida de nacimiento en el extranjero emitida por el Departamento de Estado (Formulario FS-545 o Formulario DS-1350)	
3. Pasaporte extranjero vigente con un timbre temporal I-551	3. Identificación estudiantil con fotografía	3. Una copia original o certificada de la partida de nacimiento emitida por el estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial	
4. Tarjeta de Autorización de Empleo vigente con fotografía (Formulario I-766, I-688, I-688A, I-688B)	4. Tarjeta de registro de votante	4. Documento tribal de Nativo-Americano	
5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador	5. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197)	
5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador	6. Tarjeta Militar de Identificación de dependientes	6. Tarjeta emitida para el uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)	
	7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera Estadounidense	7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)	
	8. Documento tribal de Nativo-Americano		
5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador	9. Licencia de conducir emitida por el gobierno canadiense	7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)	
	Para personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar los documentos en la lista anterior:		
	10. Expediente académico o tarjeta de calificaciones		11. Informe médico, de clínica u hospital
	12. Registro de guadería		

**En el anexo del Manual para Empleadores (M-274) encontrará ejemplos de muchos de estos documentos.**