



NEW EMPLOYEE PACKET

COMPLETE IN BLUE OR BLACK INK ONLY

Worksite Employer (Client) Name: _____

Work Location: _____

Work State: _____

NOTE: ***45 day notice required for new Location/State***

Por favor llene estos formularios solamente **DESPUÉS** de que usted haya aceptado una oferta de empleador de trabajo.

El empleador de su centro de trabajo ha iniciado relaciones con Fourth para brindar ciertos servicios administrativos que generalmente incluyen: la preparación del pago de su sueldo, gestiones de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo a través de nuestro programa de compensación laboral, servicios de apoyo de recursos humanos y el ofrecimiento de ciertos beneficios opcionales. El empleador de su centro de trabajo continuará dirigiendo y controlando su trabajo diariamente. Sus normas, procedimientos, tipo de sueldo, horas de trabajo y las prácticas de empleo permanecerán siendo la responsabilidad de su empleador o de la compañía de su centro de trabajo.

Instrucciones para el Empleado: Llene todos los espacios marcados con **AMARILLO**, firme y devuelva **rápidamente** al supervisor de su centro de trabajo.

Worksite Employer (Client) Instructions:

- 1) Complete all items marked in **BLUE**: Page 1 and 5 "Employer Review and Verification;"
 - 2) Verify employee has completed packet, including signatures on all forms and acknowledgements; and
 - 3) Scan or fax all pages to our office at 813-643-4441;
 - 4) Keep the original New Employee Packet for your records. **Note:** page 3b should be kept separate from the personnel file.
- (Missing, incomplete or incorrect completion of the I-9 Form may result in a delay of the first paycheck being processed.)

INFORMACION PERSONAL DEL EMPLEADO

Numero de Seguro Social (SSN): _____ / _____ / _____

Escriba su nombre EN LETRAS DE MOLDE exactamente tal cual aparece en su tarjeta de seguro social:

Nombre de Pila: _____ Apellido: _____ Inicial de su Segundo nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Dirección domiciliar: _____ Apto/Edificio # _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Domocillo or Celular Numeros: (_____) Estado Civil: Soltero Casado

Correo electrónico: _____ Sexo: Masculino Femenino

Contrato de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (_____)

La siguiente información es voluntaria y será usada únicamente para propósitos de reportes Gubernamentales.

Raza: Blanca (No Hispano o Latino) Hispano o Latino Asiático (No Hispano o Latino)
 Negro o Afro Americano (No Hispano o Latino) Indio Americano Nativo de Alaska
 Nativo de Hawai u Otro de las Islas del Pacifico Dos o más razas (No Hispano o Latino)

Yo entiendo que mis primeros (90) días de empleo están considerados como un periodo introductorio y o probatorio, durante el cual, el empleado va a ser evaluado para la compatibilidad general con la posición. El empleado o el patrono pueden terminar la relación de empleomanía con o sin ninguna notificación previa por cualquier ó sin ninguna razón. Aun siguiendo el apropiado cumplimiento con su periodo introductorio, no se crean ó se establecen derechos al empleado adicionales y todos los empleados permanecen como empleados voluntarios. Yo aquí certifico que toda la información contenida en este documento (New Employee Packet) ó en otra solicitud, resumé, ó documento provisto por mi patrono ó Fourth es verídico, preciso y completo, y está provisto con certedad y voluntariamente. Yo entiendo que proveer información falsa, imprecisa ó incompleta puede resultar en una acción disciplinaria que pudiese incluir la terminación de mi empleo.

FIRMA DEL EMPLEADO _____

FECHA _____

WORKSITE EMPLOYER (CLIENT) ONLY (EMPLEADOR DEL CENTRO DE TRABAJO (CLIENTE) SOLAMENTE)

Fourth Hire Date: _____ / _____ / _____ Employee Date of Hire with Client: _____ / _____ / _____

Benefit Group: Primary Other: _____ Employee ID# _____

EEOC Job Classification: Executive/Senior Level Official and Mgr. First/Mid-Level Official and Mgr. Professional
 Sales Service Admin. Support Craftsman Technical Operative Laborer/Helper

Pay Rate: Salaried Hourly Commissions Piece Work Expenses Tips
\$ _____ Per Hour OR \$ _____ Per _____ #2 \$ _____ Per _____

Status*: Full Time Part Time Seasonal/Temporary Classification: Non-Exempt Exempt

(*You are responsible for immediately notifying Fourth of changes in employee)

Pay Frequency: Weekly (52) Biweekly (26) Semi-monthly (24) Monthly (12)

W/C Code: _____ Job Title: _____ Department/Division: _____

Authorized Signature: _____ Title: _____ Date: _____ / _____ / _____

Certificado de Retenciones del Empleado

► **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.**

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: 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.

Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

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 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 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del 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 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)
---	----------------------------------	-------------------------	--

Instrucciones Generales

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados al Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Si no se le retiene una cantidad suficiente, por lo general, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa. Si se le retiene demasiado, por lo general, recibirá un reembolso. Complete un Formulario W-4(SP) nuevo cuando cambios a su situación personal o financiera modificaran las entradas en el formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo presentar un Formulario W-4(SP) nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés.

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2021 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2020 usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2021 usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2020 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2020 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27**, **28**, **29** y **30**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2021. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "Exempt" (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 15 de febrero de 2022.

Su privacidad. Si prefiere limitar la información proporcionada en los Pasos 2 a 4, utilice el estimador de retención de impuestos en línea, el cual también aumentará la precisión.

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c). Si éste es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

Cuándo usar el estimador de retención de impuestos. Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Tiene ingresos por dividendos o ganancias de capital o sus ingresos están sujetos a impuestos adicionales, como el Impuesto Adicional del *Medicare*;
3. Tiene ingresos del trabajo por cuenta propia (vea a continuación);
o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si desea pagar estos impuestos mediante la retención de su salario, use el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular la cantidad a retener.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones suplementarias del Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de completar este formulario.

Instrucciones Específicas

Paso 1(c). Verifique su estado civil anticipado para efectos de la declaración. Esto determinará la deducción estándar y las tasas de impuesto utilizadas para calcular su retención.

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

La opción **(a)** calcula con mayor precisión el impuesto adicional que se le tiene que retener, mientras que la opción **(b)** lo calcula con menor precisión.

Si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción **(c)**. El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es más o menos precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional será mayor, mientras más grande sea la diferencia salarial entre los dos empleos.



Múltiples empleos. Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un Formulario W-4(SP). La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto.

Paso 3. Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 972(SP), Crédito Tributario por Hijos y Crédito por Otros Dependientes. También puede incluir **otros créditos tributarios** en este paso, como los créditos tributarios por estudios y el crédito por impuestos extranjeros. Para hacerlo, sume un estimado de la cantidad para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

Paso 4(a). Anote en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año, si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún empleo o ingresos del trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), es probable que no tenga que hacer pagos de impuesto estimado para ese ingreso. Si prefiere pagar el impuesto estimado en lugar de tener impuestos sobre otros ingresos retenidos de su cheque de paga, vea el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés.

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea **5** de la Hoja de Trabajo para Deducciones si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2021 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

Paso 4(c). Anote en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su paga en **cada período de pago**, incluida cualquier cantidad proveniente de la línea **4** de la Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos. El anotar una cantidad aquí reducirá su cheque de paga y aumentará su reembolso o reducirá cualquier cantidad de impuesto que usted adeude.

Paso 2(b) – Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos (Guardar en sus archivos)



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4(SP) (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4(SP). La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales; o puede utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 **Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO**” y la columna “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO**”, encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 1. Luego, **pase** a la línea 3 1 \$ _____
- 2 **Tres empleos.** Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, **pase** a la línea 3.
 - a Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO**” y los salarios anuales para el siguiente trabajo que le paga mejor en la columna “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO**”. Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote el resultado en la línea 2a 2a \$ _____
 - b Sume los salarios anuales de la línea 2a de los dos empleos mejor pagados y utilice ese total como los salarios en la fila “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO**” y utilice los salarios anuales para su tercer trabajo en la columna “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO**” para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 y anote el resultado en la línea 2b 2b \$ _____
 - c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c 2c \$ _____
- 3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etcétera 3 _____
- 4 **Divida** la cantidad anual en la línea 1 o la línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Anote esta cantidad aquí y en el **Paso 4(c)** del Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** (junto con cualquier otra retención adicional que desee) 4 \$ _____

Paso 4(b) – Hoja de Trabajo para Deducciones (Guardar en sus archivos)



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2021 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos 1 \$ _____
- 2 Anote:

}	• \$25,100 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos	} 2 \$ _____
	• \$18,800 si es cabeza de familia		
	• \$12,550 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado		
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote “-0-” 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040(SP))). Vea la Publicación 505 para más información 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) 5 \$ _____

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para cumplir con las leyes que rigen la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuesto federal sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (territorios) estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas, y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para propósitos del *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y

estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenlosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$190	\$850	\$890	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,100	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	190	1,190	1,890	2,090	2,220	2,220	2,220	2,220	2,300	3,300	4,070	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,890	2,750	2,950	3,080	3,080	3,080	3,160	4,160	5,160	5,930	5,930
\$30,000 - 39,999	890	2,090	2,950	3,150	3,280	3,280	3,360	4,360	5,360	6,360	7,130	7,130
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,410	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,260	8,260
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,260	9,260
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,080	3,360	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,260	10,260
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,360	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,490	11,260	11,260
\$80,000 - 99,999	1,020	3,150	5,010	6,210	7,340	8,340	9,340	10,340	11,340	12,340	13,260	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	5,930	7,130	8,260	9,320	10,520	11,720	12,920	14,120	15,090	15,290
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,230	16,190	16,400
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,270	17,040	18,040
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,870	14,870	16,870	18,640	19,640
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,470	12,470	14,470	16,470	18,470	20,240	21,240
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,500	7,940	10,070	12,070	14,070	16,070	18,070	20,070	21,840	22,840
\$320,000 - 364,999	2,720	5,920	8,780	10,980	13,110	15,110	17,110	19,110	21,190	23,490	25,560	26,860
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,630	12,130	14,560	16,860	19,160	21,460	23,760	26,060	28,130	29,430
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,200	12,900	15,530	18,030	20,530	23,030	25,530	28,030	30,300	31,800

Soltero o Casado que presenta una declaración por separado

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$440	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,410	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,030	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	940	1,540	1,620	2,020	3,020	3,470	3,470	3,470	3,640	3,840	3,840	3,840
\$20,000 - 29,999	1,020	1,620	2,100	3,100	4,100	4,550	4,550	4,720	4,920	5,120	5,120	5,120
\$30,000 - 39,999	1,020	2,020	3,100	4,100	5,100	5,550	5,720	5,920	6,120	6,320	6,320	6,320
\$40,000 - 59,999	1,870	3,470	4,550	5,550	6,690	7,340	7,540	7,740	7,940	8,140	8,150	8,150
\$60,000 - 79,999	1,870	3,470	4,690	5,890	7,090	7,740	7,940	8,140	8,340	8,540	9,190	9,990
\$80,000 - 99,999	2,000	3,810	5,090	6,290	7,490	8,140	8,340	8,540	9,390	10,390	11,190	11,990
\$100,000 - 124,999	2,040	3,840	5,120	6,320	7,520	8,360	9,360	10,360	11,360	12,360	13,410	14,510
\$125,000 - 149,999	2,040	3,840	5,120	6,910	8,910	10,360	11,360	12,450	13,750	15,050	16,160	17,260
\$150,000 - 174,999	2,220	4,830	6,910	8,910	10,910	12,600	13,900	15,200	16,500	17,800	18,910	20,010
\$175,000 - 199,999	2,720	5,320	7,490	9,790	12,090	13,850	15,150	16,450	17,750	19,050	20,150	21,250
\$200,000 - 249,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$250,000 - 399,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$400,000 - 449,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,910	21,220	22,520
\$450,000 y más	3,140	6,250	8,830	11,330	13,830	15,790	17,290	18,790	20,290	21,790	23,100	24,400

Cabeza de familia

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$820	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,420	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	820	1,900	2,130	2,220	2,220	2,620	3,620	4,070	4,110	4,310	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	930	2,130	2,360	2,450	2,850	3,850	4,850	5,340	5,540	5,740	5,870	5,870
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,450	2,940	3,940	4,940	5,980	6,630	6,830	7,030	7,160	7,160
\$40,000 - 59,999	1,020	2,470	3,700	4,790	5,800	7,000	8,200	8,850	9,050	9,250	9,380	9,380
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,310	6,600	7,800	9,000	10,200	10,850	11,050	11,250	11,520	12,320
\$80,000 - 99,999	1,880	4,280	5,710	7,000	8,200	9,400	10,600	11,250	11,590	12,590	13,520	14,320
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,870	7,160	8,360	9,560	11,240	12,690	13,690	14,690	15,670	16,770
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,870	7,240	9,240	11,240	13,240	14,690	15,890	17,190	18,420	19,520
\$150,000 - 174,999	2,040	4,920	7,150	9,240	11,240	13,290	15,590	17,340	18,640	19,940	21,170	22,270
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,150	10,440	12,740	15,040	17,340	19,090	20,390	21,690	22,920	24,020
\$200,000 - 249,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$250,000 - 349,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$350,000 - 449,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,900	25,200
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,570	12,160	14,660	17,160	19,660	21,610	23,110	24,610	26,050	27,350



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 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>	
<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>	
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

Employer Completes Next Page



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

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	<u>Last Name (Family Name)</u>	<u>First Name (Given Name)</u>	<u>M.I.</u>	<u>Citizenship/Immigration Status</u>
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------	---------------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR List B Identity	AND List C Employment Authorization
Document Title	Document Title	Document Title
Issuing Authority	Issuing Authority	Issuing Authority
Document Number	Document Number	Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> Additional Information </div>	
Issuing Authority		
Document Number		
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		
Document Title	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space </div>	
Issuing Authority		
Document Number		
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ **(See instructions for exemptions)**

<u>Signature of Employer or Authorized Representative</u>	<u>Today's Date (mm/dd/yyyy)</u>	<u>Title of Employer or Authorized Representative</u>
<u>Last Name of Employer or Authorized Representative</u>	<u>First Name of Employer or Authorized Representative</u>	<u>Employer's Business or Organization Name</u>
<u>Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)</u>	<u>City or Town</u>	<u>State</u> <u>ZIP Code</u>

Section 3. Reverification and Rehires *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)	
<u>Last Name (Family Name)</u>	<u>First Name (Given Name)</u>	<u>Middle Initial</u>	<u>Date (mm/dd/yyyy)</u>	

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

<u>Document Title</u>	<u>Document Number</u>	<u>Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)</u>
-----------------------	------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized 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.

<u>Signature of Employer or Authorized Representative</u>	<u>Today's Date (mm/dd/yyyy)</u>	<u>Name of Employer or Authorized Representative</u>
---	----------------------------------	--

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.



Autorización de Depósito Directo – Para ser completado por el Empleado

Esta forma autoriza a Fourth HR ("Fourth") a deducir la cantidad neta de su pago y depositar los fondos en el banco que usted indique a continuación. Todas las solicitudes que se hagan para cuentas de cheques deben incluir un cheque cancelado o fotocopia de un cheque original. Una carta del banco o institución financiero será también aceptada. Una papeleta de depósito no es válida para cuentas de cheque. Todas las solicitudes que se hagan para una cuenta de ahorros incluirán una papeleta de depósito cancelada o una fotocopia de la papeleta original de depósito. En caso de no facilitar los documentos indicados la solicitud no será procesada. Usted puede hacer hasta tres diferentes depósitos en cada período de pago. Por favor use formas adicionales si es necesario. Todo cheque Todos los cheques emitidos a su nombre serán asignados de acuerdo a la información proporcionada abajo, a menos que usted nos notifique lo contrario.

Compañía Cliente	_____
Nombre del Empleado	_____
Seguro Social #	_____

		Deposito # 1		
Tipo de Solicitud	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Cambio-Existente	<input type="checkbox"/> Cancelar Existente	
Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Cheques	<input type="checkbox"/> Ahorros		
Nombre del Banco o Institución Financiera	_____			
ACH Routing Number	_____			
ACH Numero de Cuenta	_____			
Cantidad o Porcentage del Sueldo Neto	_____	%	<input type="radio"/> O	\$ _____

		Deposito # 2		
Tipo de Solicitud	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Cambio-Existente	<input type="checkbox"/> Cancelar Existente	
	<input type="checkbox"/> Cheques	<input type="checkbox"/> Ahorros		
Nombre del Banco o Institución Financiera	_____			
ACH Routing Number	_____			
ACH Numero de Cuenta	_____			
Cantidad o Porcentage del Sueldo Neto	_____	%	<input type="radio"/> O	\$ _____

		Deposito # 3		
Tipo de Solicitud	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Cambio-Existente	<input type="checkbox"/> Cancelar Existente	
<input type="checkbox"/> Si! Por favor emitan una tarjeta Rapid! Master Card y deposite mis jornales de acuerdo con la distribución que estoy estipulando en los blancos a seguir en esta forma. Fourth activara mi cuenta de depósito y tramitara pagos automáticos a mi cuenta.				
Cantidad o Porcentage del Sueldo Neto	_____	%	<input type="radio"/> O	\$ _____

Por favor adjuntar cheque anulado o papeleta de depósito de la cuenta de ahorros aquí.

(Una carta o cualquier otra documentación de su Institución Financiera que contenga el de código de identificación del Banco (ABA routing number) y el número de cuenta también será aceptado. En caso de facilitar los documentos facilitados la solicitud no será procesada.

Al firmar abajo yo autorizo a Fourth a depositar mi sueldo en la cuenta de banco indicada anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Fourth o mi Empleador del Lugar de Trabajo de algún cambio a mis cuentas bancarias por lo menos 5 días antes de la próxima fecha de pago. Además estoy de acuerdo si por alguna razón se efectuó un error en el depósito en mi cuenta bancaria, Fourth tiene el derecho de debitar las cantidades erróneas de las cuentas de banco mencionadas arriba. Si esta cantidad no está en mi cuenta de Banco al momento del debito, yo estoy de acuerdo en pagar dicha cantidad a Fourth.

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

ANTI-ACOSO & DISCRIMINACIÓN-POR FAVOR REVISE Y FIRME LAS SIGUIENTE PÓLIZA:

Estamos comprometidos a mantener un ambiente de trabajo libre de acoso, sobre las bases de raza, religión, género, sexo, origen nacional, estado civil, preferencia social, y discapacidad. No vamos a tolerar el acoso del personal por un Supervisor, compañero de trabajo, proveedor, cliente o cualquier otra persona. Cualquier empleado que se dedique a insinuaciones sexuales u otros violando esta política y las leyes, y será disciplinado y podría ser despedido. Con el fin de crear un ambiente de trabajo cómodo prohibimos cualquier conducta ofensiva física, escrita o hablada, incluyendo conducta de naturaleza sexual. Esto incluye ,pero no es limitado a lo siguiente:

1. Indeseados avances, incluyendo los sexuales. Esto significa palmadas, pellizcos, rozamientos, abrazos, arrinconar, besos, caricias, o cualquier otro contacto físico similar.
2. Indeseado peticiones o demanda de favores incluyendo los sexuales. Esto incluye las expectativas sutiles o descaradas, presiones o solicitudes de cualquier tipo de favor, incluyendo un favor sexual. (Esto incluye peticiones inoportunas para citas) esto se refiere a una promesa implícita sobre un trato preferencial en el empleo.
3. Insultos o broma que se orienta hacia una forma prohibida de acoso, que es el sexo orientado y se considera indeseado. Esto incluye los comentarios acerca de origen nacional, raza, color, religión, edad, cuerpo, incluyendo el embarazo, discapacidad, estado civil o aspecto donde estos comentarios van más allá de la simple cortesía: contar (chistes sucios) que son no deseados y considerados ofensivos: o cualquier comentarios de mal gusto, sexualmente orientados, insinuaciones, insultos, estereotipos negativos o actos de ofensa.
4. Cualquier tipo de conducta de orientación sexual u otra prohibida forma de acoso que pudiera interferir irrazonablemente en el rendimiento laboral. Esto incluye ampliar atenciones sexuales no deseadas a alguien que puede o no reducir su productividad o tiempo disponible para trabajar en las tareas asignadas.
5. Creación de un ambiente de trabajo intimidante, hostil, abusivo u ofensivo porque las conversaciones inoportunas, sugerencias, peticiones, demandas, contactos físicos o atenciones, ya sea de índole sexual o de otro tipo relacionada con una forma prohibida de hostigamiento.
6. La distribución o la discusión de cualquier material escrito o grafico, incluyendo calendarios, carteles, dibujos animados o nombres, denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo o grupo casaca de raza, color, religión, edad, sexo, embarazo, origen nacional, discapacidad, estado civil o cualquier otra condición protegida.

Acoso sexual puede presentarse en el lugar de trabajo aun cuando la conducta no es ofensiva, pero por el ambiente intimidante hostil y abusivo.

PROCEDIMIENTO DE RESOLUCION DE QUEJAS:

Todo el personal es responsable de ayudar a que la empresa se mantenga libre de acoso ilegal. Si cualquier persona experimente o testigo del acoso laboral. Tienen la obligación de reportar tal conducta con su supervisor o a Fourth HR ("Fourth") en el Departamento de Recursos Humanos al 813.643.4000. Es prudente que los Empleados no reporten el acoso a la persona que ellos creen que está causando el acoso. En estas situaciones debe ser reportado al Presidente de la Compañía o a Fourth. Se entiende que cualquier persona que ejerza su derecho de reclamar, será tratada con cortesía. Todos los reclamos de acoso serán mantenidos confidencialmente, en la medida posible, consistente con la relación de una investigación completa e imparcial. El personal que viole la imparcialidad está sujeto a inmediata disciplina. La comunicación será compartida con otros, solo en forma ilimitada (necesita saber). El registro de las quejas no serán usadas contra el empleado ni tendrá un impacto adverso en el estatus del mismo, a menos que tal acusación se haya determinado que fue intencionalmente falsa. Nos comprometemos inmediatamente y a fondo investigar todas las denuncias de acoso si, después de una exhaustiva investigación se determina que el acoso ha sido confirmado, se tomara medidas disciplinarias e inmediatas que puede llegar hasta el despido del acosador y asegurar que el acoso ha terminado. En caso de que un empleado no está satisfecho con los resultados de la investigación, el empleado puede apelar por escrito a un ejecutivo de nivel superior de la Compañía.

Entiendo que la Compañía no tolerara acosos sexuales u otros ilegales. Entiendo que tengo la obligación afirmativa de denunciarlo. También Entiendo que el acoso ilegal es motivo para una acción disciplinaria, incluyendo el despido inmediato.

Reconocimiento y Acuerdo

Yo, el abajo firmante, en consideración de mi emplazamiento en una relación de empleador profesional con Fourth, reconozco y acepto lo siguiente:

- (1) En todo momento durante mi relación con Fourth, comprendo y estoy de acuerdo en que seguiré siendo un empleado de la Compañía Cliente para la que estoy trabajando ("Compañía") que tiene contrato con Fourth y, en la medida permitida por la ley, la Compañía continuará teniendo el control único y exclusivo en cuanto a mis tareas cotidianas y sobre el/los lugar/es de trabajo donde presto servicios. Adicionalmente, en la medida permitida por la ley la Compañía continuará proporcionando toda la supervisión in situ, incluyendo, pero no limitado a determinar mis asignaciones de tareas, requisitos de capacitación y evaluar mi desempeño. Además, en la medida en que lo permita la ley la Compañía determinará mis obligaciones laborales, la tarifa de mi remuneración, las horas trabajadas, las oportunidades de empleo a largo plazo y otros términos y condiciones de mi empleo;
- (2) Comprendo y estoy de acuerdo en que mi condición con Fourth es voluntaria. Además, comprendo y estoy de acuerdo en que no existe un contrato de trabajo entre Fourth y yo y comprendo y estoy de acuerdo en que Fourth no será parte en ningún contrato de trabajo que yo haya suscrito o que pudiera suscribir en un futuro con la Compañía. Además, comprendo y estoy de acuerdo en que mi condición de voluntario con Fourth no cambia la situación de empleo que tenía con la Compañía antes de la existencia de la relación de empleador profesional entre Fourth y la Compañía, y que Fourth no es responsable de ninguna obligación contractual que pudiera existir entre la Compañía y yo;
- (3) Comprendo y estoy de acuerdo en que estoy prestando servicios como parte de una relación con la organización de empleadores profesionales en la cual los deberes y responsabilidades que se me aplican están establecidos en un contrato de servicio acordado entre la Compañía y Fourth;

- (4) Comprendo y estoy de acuerdo en que a menos que sea requerido por la ley, si Fourth no recibe el pago de la Compañía por los servicios que realizo individualmente Fourth puede pagar el salario mínimo aplicable (o el salario mínimo requerido legalmente) para cualquier período de pago, y estoy de acuerdo con este método de compensación. Además, comprendo y estoy de acuerdo en que la Compañía en todo momento se encuentre en última instancia obligada a pagarme mi tarifa regular de horas si soy un individuo no exento, y a pagar mi salario completo si soy un individuo exento si Fourth no está recibiendo un pago completo por parte de la Compañía por los servicios que presto;
- (5) Comprendo y acepto que, a menos que la ley exija lo contrario, cuando Fourth no haya recibido el pago por parte de la Compañía de los siguientes puntos, Fourth no asume la responsabilidad del pago de bonos, comisiones, indemnizaciones, compensación diferida, ganancia compartida, vacaciones, enfermedad u otras horas remuneradas y compensaciones, beneficios, o cualquier otro pago no requerido por la ley, en cualquier forma o por cualquier otro tipo de pago similar a menos que Fourth haya firmado un acuerdo escrito con mi persona específicamente indicando la obligación de la Compañía de pagarme dicha compensación o beneficio (Fourth asume esta responsabilidad cuando dicho pago ha sido recibido de la Compañía que abarca los puntos que se refieren a mí);
- (6) A menos que sea acordado contractualmente por la Compañía y Fourth, Fourth ha acordado mantener un seguro de compensación laboral que cubra mi empleo. Reconociendo el hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pudiera sufrir está cubierta por estatutos de compensación de trabajadores estatales, y para evitar la elusión de los estatutos estatales que pudieran resultar en demandas contra los clientes o Compañías de Fourth o contra Fourth en base a la misma lesión o lesiones, y en la medida permitida por la ley, renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pudiera tener de hacer reclamaciones o demandar a cualquier Compañía o cliente de Fourth y/o contra Fourth por daños basados en lesiones que están cubiertos bajo dichos estatutos de compensación de trabajadores. En el caso de una lesión relacionada con el trabajo, comprendo y estoy de acuerdo en que, en la medida permitida por la ley, mi único recurso radica en la cobertura de la póliza de compensación de trabajadores de Fourth o la póliza de compensación de trabajadores de la Compañía si esta mantiene su propia póliza de compensación de trabajadores;
- (7) Comprendo y estoy de acuerdo en que, si resulto lesionado en el trabajo, incluso si la lesión es menor o no deseo tratamiento, debo informarlo inmediatamente a mi supervisor. También acepto cumplir con cualquier política legal de pruebas de drogas que pudiera adoptarse, y específicamente estoy de acuerdo con las pruebas de drogas posteriores a un accidente en cualquier situación en la que esté permitido por la ley;
- (8) Además, estoy de acuerdo en que si en cualquier momento durante mi empleo en la Compañía soy sujeto de cualquier tipo de discriminación, incluyendo discriminación por raza, sexo, orientación sexual, acoso de cualquier tipo, discapacidad, color, edad, nacionalidad, condición de ciudadanía, religión, represalias, condición de veterano, estatus militar o condición sindical, o si soy sometido a cualquier tipo de acoso, incluyendo acoso sexual, contactaré inmediatamente a una persona apropiada de la Compañía. En la mayoría de los casos, esta persona apropiada será el Presidente de la Compañía. Si decido no contactar a la Compañía por el motivo que fuere, puedo contactar al Director de Recursos Humanos de Fourth al 1-800-643-4000 con el propósito de solicitar que Fourth a su elección y no como empleador sino como un posible facilitador, intente a su entera discreción facilitar una resolución;
- (9) Comprendo y estoy de acuerdo en que la Compañía tiene el control único y exclusivo de mis tareas laborales cotidianas, y la Compañía tiene el control único y exclusivo sobre el sitio de trabajo en el que, o desde el cual presto mis servicios, y que Fourth sólo reserva y retiene tales derechos y autoridad según lo requiere la ley aplicable. Estoy de acuerdo en que Fourth no tiene un control real sobre mi lugar de trabajo y, como tal, no está en condiciones de poner fin o solucionar cualquier discriminación, acoso, condiciones de trabajo inseguras, represalias o actos ilícitos que pudieran estar ocurriendo. La responsabilidad de resolver y/o poner fin a tales conductas inapropiadas o condiciones de trabajo inseguras recae en la Compañía; sin embargo, Fourth puede intentar facilitar una resolución;
- (10) Comprendo y acepto que debido a las restricciones de licencia y compensación de trabajadores aplicables a las organizaciones de empleadores profesionales, si soy aceptado como un individuo utilizado por Fourth se me prohíbe expresamente realizar cualquier trabajo fuera del estado en el que actualmente estoy prestando servicios para la Compañía ("Estado de Origen") durante mi condición de persona empleada, excepto según sea permitido de conformidad con la política de compensación de trabajadores que me ha proporcionado Fourth, o con la excepción de un permiso por escrito de Fourth y la compañía de compensación laboral correspondiente;
- (11) Si trabajo fuera del Estado de Origen para la Compañía o para cualquier otra persona sin antes obtener una aprobación según se establece en (10), comprendo y estoy de acuerdo que yo no estaré en una relación de organización de empleador profesional con Fourth y no se podrán proporcionar beneficios de compensación de trabajadores a través de Fourth o la compañía de compensación de trabajadores aplicable y mi relación de organización de empleador profesional con Fourth se considerará inmediatamente finalizada desde el comienzo de mi viaje fuera del Estado de Origen para realizar el trabajo cuando no se haya recibido una aprobación previa según se establece aquí;
- (12) Comprendo y estoy de acuerdo en que, en la medida permitida por la ley, cualquier obligación de Fourth finaliza cuando termina el acuerdo de la organización profesional del empleador de Fourth con la Compañía;
- (13) Comprendo y acepto que si soy elegible para cualquier beneficio es mi responsabilidad (y la responsabilidad de los miembros de la familia/dependientes que desean participar) enviar oportunamente todos los formularios e información requeridos;
- (14) En la medida en que lo permita la ley, al firmar este Acuerdo asigno a Fourth mi derecho a solicitar una reclamación salarial prioritaria contra la Compañía bajo 11 U.S.C. § 507 (a)(3) en el evento de que se presente una Petición de Bancarrota bajo el Título 7 y/o el Título 11 del Código de los Estados Unidos por o en nombre de la Compañía; y
- (15) En caso de que firme este formulario y/o realice los trámites individuales utilizados por Fourth y nunca ser aceptado como un individuo utilizado por Fourth, este formulario sería nulo y sin valor.

EMPLOYEE SIGNATURE

DATE

Política del Lugar de Trabajo Libre de Drogas

Fourth se esfuerza por proporcionar un ambiente de trabajo seguro, saludable y productivo para sus empleados por apoyar el mantenimiento del lugar de trabajo libre de drogas, según lo definido por la Ley de Política del Lugar de Trabajo Libre de Drogas, Art. 440.102 de los estatutos de la citada Ley, las reglas de Estado de Florida, la Agencia del Estado de la Florida para la Administración del cuidado de la salud, Capítulo 59-24, código administrativo de Florida, normas de lugar de trabajo libre de drogas y el Departamento de Trabajo y Seguridad en el empleo conforme a las normas para pruebas de drogas de compensación de trabajadores, , 38F-9.

La política requiere, como condición de empleo continuo, que los empleados se abstengan de abuso de sustancias dentro y fuera del trabajo, que puede causar al empleado al reportarse al trabajo o trabajar con la presencia de drogas o alcohol en su cuerpo, o por encima de las cantidades definidas por los estatutos de la Florida. Esta política prohíbe el uso, venta, distribución, fabricación o posesión de alcohol, drogas o parafernalia relacionada o estar bajo la influencia de alcohol o drogas en la medida que afecte sus habilidades, definida como las concentraciones corporales de metabólicos de drogas o de alcohol, excediendo los límites establecidos por la Ley, mientras permanezca en las instalaciones de la Compañía o mientras esté operando vehículos de la Compañía o clientes, maquinaria o equipos, ya sea como resultado de uso encendido o apagado, a no ser que sea prescrito por un médico licenciado. Las pruebas realizadas analizarán en una muestra de orina para detectar la presencia de cualquiera de las sustancias o metabólico de las sustancias:

- 1) Alcohol: el alcohol etílico como una bebida o una parte de un medicamento 2)THC - marihuana., los cannabinoides
- 3) Cocaína.
- 4) Metadona-Dolofina, metadosis
- 5) Barbitúricos, Mebutal, Tuinal, Secanor, etc.
- 6) Anfetaminas-Desoxyn, Dexedrine, etc.
- 7) Metacualona-Qualudes
- 8) Opiáceos-Percodan, paregorico, morfina, codeína, etc.
- 9) Propoxifeno: Darvon, Dolene, etc.
- 10) Fenciclidina- (PCP)
- 11) Benzodiazepinas: Librium, Valium. Xanax, Serx, Halcion, etc.

Pueden también incluir pruebas de drogas de diseño o abuso de otras sustancias que se agregan por estatutos de la Florida.

Nada en esta política de Lugar de Trabajo Libre de Drogas pretende prohibir el uso de recetas obtenidas legalmente, de muchos que contengan sustancias ilegales. Debido a los efectos secundarios potencialmente perjudicar que podría poner en peligro al empleado, compañeros de trabajo o al público, sobre la prescripción de dichos medicamentos, se recomienda a los empleados llamar al Empleador de Fourth para asesoramiento. Si justifica, Fourth ayudara al empleado con reasignación de trabajo a tareas menos peligrosas hasta que haya finalizado el tratamiento.

El Oficial de Revisión Médica de la Compañía puede ser consultado para dar información técnica y respuestas a preguntas sobre la prescripción o medicamentos de venta libre. Póngase en contacto con Fourth.

PROCEDIMIENTO DE PRUEBA:

Para facilitar el cumplimiento de esta política, todos los solicitantes de trabajo están obligados a tomar y pasar una prueba de drogas antes del empleo dentro de los 30 días o inmediatamente antes de la fecha de inicio de empleo.

Empleados presentes deben pasar la prueba de drogas o alcohol en condiciones de sospecha razonable, incluyendo después de accidente. Las Reglas de Florida también requieren pruebas después de la terminación del tratamiento por abuso de drogas, alcohol o cualquier examen rutinario médico de aptitud para el servicio de asesoramiento. Pruebas selectivas también están autorizadas. Los Conductores regulados de la Compañía, podrían estar bajo el programa de ser examinados aleatoriamente. Rehusar someterse a esta prueba requerida, el empleado sufrirá las mismas consecuencias si la prueba resultara positiva, esto ocasionaría denegación de Compensación por Desempleo, pérdida de beneficios médicos y la indemnización de trabajadores.

Los análisis de las muestras se realizar únicamente por laboratorios con licencia, certificados, utilizando personal entrenado a seguir con los protocolos autorizados de recolección y manteniendo un proceso de custodia legal de la muestra recogida. Un médico experimentado/Oficial de Revisión Médica (ORM) revisará todos los informes de laboratorio sean positivos o negativos confirmados. Resultados positivos solo se informara a la Compañía después de que ORM se ha cerciorado que las prescripciones personales u otras sustancias legales no se han tomado en cuenta para los resultados del laboratorio. Una investigación apropiada puede incluir, contacto telefónico con el solicitante del empleo o empleado y cualquier prescripción de los médicos o farmacias identificadas. Un resultado alterado será considerado un resultado positivo.

SOSPECHA RAZONABLE:

El empleado que se reporte a trabajar y que muestre problemas de conducta que ocasione peligro al desempeño de sus labores y bajo las directrices de sospecha razonable, será requerido para tomar una prueba de droga. Si los empleados son incapaces de realizar sus labores en el trabajo ellos serán requeridos a tramitar la prueba bajo la directriz de sospecha razonable. La prueba de sospecha razonable puede efectuarse cuando hay:

1. Fenómenos observables en el trabajo, como una directa observación del uso de drogas o de los síntomas físicos o manifestaciones de estar bajo la influencia de la droga.
2. Conducta anormal o comportamiento errático mientras trabajo o un deterioro significativo en su rendimiento de trabajo.
3. Un informe de uso de drogas, proporcionado por una fuente confiable y creíble.
4. Evidencia que el individuo ha alterado la prueba de droga.
5. Información que ha causado que el empleado, contribuya a, o ha estado envuelto en un accidente en el trabajo...
6. Evidencia que el empleado ha usado, poseído, vendido, solicitado, o ha trasferido drogas dentro de las instalaciones del trabajo, o mientras ha estado operando vehículo, maquinaria o equipo de la Compañía/Cliente.

Para desalentar el uso de/o distribución de drogas ilegales o bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo, bajo la razonable sospecha, la búsqueda de alcohol, drogas o parafernalia puede realizarse en el lugar de trabajo o las propiedades que el empleado tenga acceso, incluido pero no limitado, a vehículos, equipos, caja de herramientas, armarios, escritorios, etc. Descubierto cualquiera de estos elementos ilegales serán referidos a las autoridades policiales para su disposición

CONSECUENCIAS DE LA PRUEBA POSITIVA O NEGACION DE LA PRUEBA:

La prueba positiva por abuso de sustancias, eliminaría la posibilidad de consideración de empleo, además los solicitantes no serían elegibles para volver a aplicar de nuevo en un mínimo de 6 meses. Además, estos solicitantes pueden aplicar solo si cumplen con los siguientes criterios:

1. El solicitante no estuvo dedicado a la venta de drogas a otros o a cualquier otra actividad criminal, como el robo, coincidiendo con dicho abuso de drogas y/o alcohol.
2. Fue la primera prueba de droga del aplicante requerida por la Compañía.
3. El trabajo está disponible para que el aplicante sea asignado a una escala apropiada de pago, bajo el único juicio de la administración, mas no por el abuso confirmado de drogas o alcohol del empleado que ponga en peligro la seguridad de los compañeros de trabajo o público en general, o crear un riesgo de inseguridad a los productos o propiedad de la Compañía, o que requiera supervisión adicional para asegurar que los estándares requeridos de productividad y calidad de trabajo, al menos hasta el momento en que el empleado está comprobado por posteriores pruebas al azar que ya no está abusando de drogas o alcohol.
4. El tratamiento y la consejería estará a cargo del aplicante y deberá completarlo y documentarlo para la Compañía. El Director de Recursos Humanos puede ayudarlo a seleccionar una instalación apropiada o un proveedor.

Después que una persona ha sido empleada por la Compañía, solo se considerara una excepción a la política disciplinaria, si es que ha sido previamente notificado de haber sido seleccionado para la prueba de droga o alcohol, el empleado voluntariamente ha buscado ayuda y está progresando satisfactoriamente en el tratamiento y consejería de abuso de drogas o alcohol. Un informe escrito satisfactorio deberá entregarse a Fourth, indicando fecha de inicio del tratamiento, tiempo estimado y el nombre/dirección/numero de teléfono del proveedor que está manejando el tratamiento. Todos los empleados que participen en programas de rehabilitación de abusos de drogas serán sujetos a pruebas al azar por el periodo de 2 años después de que complete el programa de rehabilitación

PROCEDIMIENTO DE APELACION PARA PRUEBAS POSITIVAS:

EL Oficial de Revisión Médica tratara de ponerse en contacto con el empleado o aplicante de empleo del cual ha resultado la prueba positiva confirmado dentro de 5 días de recibir el resultado positivo. Si el empleado/o solicitante impugna el resultado el Oficial de Revisión Médica reportara el resultado positivo a la compañía. Si el Oficial de Revisión Médica no es capaz de ponerse en contacto con el empleado o solicitante en el plazo de 5 días laborables, el Oficial de Revisión Médica infamara de su resultado positivo a la Compañía.

Dentro de 5 días laborables después de recibir una prueba positiva confirmada, que ha sido verificada por el ORM, la administración de la Compañía, informara al empleado/aplicante del resultado, las consecuencias de dichos resultados positivos y las opciones del empleado o trabajador aplicante. Un empleado/aplicante puede impugnar un resultado positivo confirmado mediante la presentación de una explicación por escrito al Director de Recursos Humanos, relativas a circunstancias personales que pueden haber afectado los resultados y explicar porque el resultado no constituye una violación de la política de la Compañía. El donante de un espécimen probado será responsable por proveer la documentación necesaria es decir, un reporte del doctor, una prescripción firmada o el embase de una receta actual con información relevante u otros relacionados con documentos justificativos.

Dentro de 15 días la administración de la Compañía después de haber recibido la impugnación escrita por parte del empleado/aplicante, deberá emitir un explicación al empleado/aplicante en cuanto al porque la explicación del empleado/aplicante es insatisfactoria, junto con una copia de los resultados de la prueba positiva

Toda documentación debe ser mantenida confidencialmente y deberá ser retenida por la Compañía por lo menos por 1 año.

El empleado/aplicante podría a su propio costo financiero tener una porción de su original muestra analizada de nuevo, durante un periodo de 180 días siguientes a la notificación por escrito de un resultado positivo. Cuando un empleado/aplicante, para el resultado de la prueba será responsabilidad del empleado/aplicante notificara al laboratorio y la muestra se mantendrá hasta que se resuelva el caso. El empleado/ aplicante es además responsable por notificar la prueba original del laboratorio de un alternado de Recursos Humanos, con el propósito de transferir bajo la cadena de custodia, una porción del espécimen del empleado/aplicante para un nuevo examen.

El empleado debe emprender un proceso administrativo, a través de una demanda por beneficios ante un juez de reclamaciones de compensaciones relacionadas a lesiones en el trabajo. Los resultados de las pruebas de otros reclamos que no sean relacionados con lesiones en el trabajo deben ser impugnados ante un Tribunal de Jurisdicción competente.

Los empleados/aplicantes cuyos resultados de droga se confirman positivos no deberían, solo por virtud del resultado considerarse como "incapacitados".

Toda información de prueba de drogas sospecha razonable, o otra información relacionada que concierne a un individuo se mantendrá confidencial y no será divulgada excepto para condiciones descritas en los Estatutos de la Florida

Al firmar abajo el empleado/aplicante reconoce haber recibido y comprendido esta política de Lugar de Trabajo Libre de Drogas. Esta firma (aquí su rúbrica) además autoriza a todos los proveedores de salud medica a liberar información requerida por el ORM, para corroborar el uso de prescripción legal tras un resultado positivo de droga o alcohol.

He recibido, revisado, entiendo y estoy de acuerdo con el contenido de este documento.

Nombre impreso del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha