HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209
Office (941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

Yo entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente: todavía no soy un empleado de Howard Leasing. Si sufro una lesión o hubiera sufrido una lesión relacionada con mi trabajo, mientras trabajaba con la Compañía Cliente, pero antes de ser aceptado como un empleado subcontratado de Howard Leasing, la Compañía Cliente (no Howard Leasing) será responsable en proveer Cobertura de Compensación al Trabajador, aunque yo sea pagado por Howard Leasing, ó sea aceptado, subsiguientemente como empleado de Howard Leasing. No seré aceptado como empleado de Howard Leasing, y la Cobertura de Compensación al Trabajador, no será provista por Howard Leasing, por cualquier accidente, hasta que toda las páginas de la Aplicación de Empleado de Howard Leasing sean completadas y firmadas por mí, y la Aplicación de Empleado de Howard Leasing sea entregada a Howard Leasing y Howard Leasing me acepte como un empleado suyo.

La Aplicación de Empleado de Howard Leasing incluye los siguientes documentos: Esta página (Reconocimiento del Empleado) las Notificaciones Importantes y los Reconocimientos Requeridos, Historia Médica Anterior a la Oferta de Trabajo, Formulario I-9, Formulario W-4. También reconozco que he recibido mi copia de la Notificación Sobre Abuso de Drogas y Alcohol.

Para Ser Completado Por El EMPLEADO:

Entiendo y estoy de acuerdo, que si mi empleo termina por cualquier razón, debo notificar a Howard Leasing dentro de 72 horas, para una possible reasignación y que mis beneficios de empleo pueden ser negado, si no cumplo con esta obligación.

Firma Del Empleado _____ Fecha _____

Por favor **IMPRIMA** toda la información con su **NOMBRE COMPLETO** tal como aparece en su **tarjeta del Seguro Social**

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección Del Hogar _____ Número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ Número de apartamento _____

(Si es diferente de arriba)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono alternativo _____

Correo electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Para Ser Completado Por El CLIENTE:

Por favor **IMPRIMA** toda la informacion. **Incluya una copia de la tarjeta del seguro social del empleado** con este paquete de inscripción

Nombre del Cliente _____ Número del cliente _____

Status ☐ Emp Nuevo ☐ Re-Empleado ☐ Transferido Fecha de Empleo _____ Fecha Original de empleo _____

Codigo de Clase de "Workers' Comp" _____ Titulo de la Posición _____

Lugar _____ Dept. Primario _____ Dept. Secundario _____

Status FLSA ☐ Exempto ☐ No Exempto ☐ Tiempo Completo / ☐ Tiempo Parcial No. de Horas Standard por Semana _____

Frequencia de pago	Metodo y tasa de pago		
☐ Semanal	☐ Por Hora	Tasa _____	$ Por _____
☐ Bisemanal	☐ Salario	Tasa _____	$ Por _____
☐ Semi mensual	☐ Por Obra	Tasa _____	$ Por _____
☐ Mensaul	☐ Propina	☐ Comision	

Howard Leasing ofrece una opción de pago en un certificado, que si se la ofrece su empleador, usted puede elegir usar esa opción, o rechazarla y recibir un cupon-de-pago. Si tiene preguntas en cuanto a esta opción, favor consultar con su su especialista de nómina.

☐ Inscríbame en la opción de pago con un certificado ☐ Opto por no Participar y deseo recibir pago mediante cupón de pago

Firma del cliente _____ Fecha _____

Imprima el nombre _____ Título _____

Envie esta aplicación de empleo por correo electrónico ó fax antes de empezar el empleo.

Email: eeapps@howardleasinginc.com Fax: (941) 761-1312

Formulario **W-4(SP)**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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*.

OMB No. 1545-0074

2023

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) ☐ **Soltero** o **Casado que presenta una declaración por separado**

☐ **Casado que presenta una declaración conjunta** o **Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos**

☐ **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, otros detalles 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 empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos.

Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

(a) Reservado para uso futuro.

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página **3** y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **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, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa ☐

CONSEJO: Si usted tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, vea la página **2**.

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 Dependiente y Otros Créditos

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 para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí . . . . . **3** $

Paso 4 (opcional): Otros Ajustes

(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). 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

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código Federal de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados con el 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 2023 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2022, usted **no** tenía obligación tributaria federal **y** para 2023, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2022 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2022 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27**, **28**, y **29**) 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 correcto. 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 2023. 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 2024.

Su privacidad. 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).

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 que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar los impuestos sobre los ingresos y el trabajo por cuenta propia por medio de la retención de sus salarios, deberá anotar el ingreso del trabajo por cuenta propia en el Paso 4(a). Luego, calcule su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, divida ese impuesto por el número de períodos de pago restantes en el año e incluya la cantidad resultante por período de pago en el Paso 4(c). También puede sumar la mitad de la cantidad anual del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia al Paso 4(b) como deducción. Para calcular el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, por lo general, se multiplican los ingresos del trabajo por cuenta propia por 14.13% (esta tasa es una forma rápida de calcular su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia y es igual a la suma del 12.4% del impuesto del Seguro Social y del 2.9% del impuesto del *Medicare* multiplicado por 0.9235). Vea la Publicación 505 para más información, especialmente si la suma de los ingresos del trabajo por cuenta propia multiplicada por 0.9235 y los salarios excede los $160,200 para un individuo determinado.

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 empleo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

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 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada 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 2023 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 *(Guarde para 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.** Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

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.

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 empleo 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 empleo 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, etc. . . . . **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 *(Guarde para sus archivos).*

1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2023 (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:
- $27,700 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos
- $20,800 si es cabeza de familia
- $13,850 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado

. . . **2** $ _____

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 deteminar 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 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 archivos 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 envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Casado que Presenta una Declaración Conjunta o Cónyuge Sobreviviente 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	$0	$850	$850	$1,000	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,870
$10,000 - 19,999	0	930	1,850	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,200	4,070
$20,000 - 29,999	850	1,850	2,920	3,120	3,320	3,340	3,340	3,340	3,340	4,320	5,320	6,190
$30,000 - 39,999	850	2,000	3,120	3,320	3,520	3,540	3,540	3,540	4,520	5,520	6,520	7,390
$40,000 - 49,999	1,000	2,200	3,320	3,520	3,720	3,740	3,740	4,720	5,720	6,720	7,720	8,590
$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,340	3,540	3,740	3,760	4,750	5,750	6,750	7,750	8,750	9,610
$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,340	3,540	3,740	4,750	5,750	6,750	7,750	8,750	9,750	10,610
$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,340	3,540	4,720	5,750	6,750	7,750	8,750	9,750	10,750	11,610
$80,000 - 99,999	1,020	2,220	4,170	5,370	6,570	7,600	8,600	9,600	10,600	11,600	12,600	13,460
$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,190	7,390	8,590	9,610	10,610	11,660	12,860	14,060	15,260	16,330
$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	17,850
$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	17,850
$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	18,140
$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,870	17,870	19,740
$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,470	15,470	17,470	19,470	21,340
$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,760	8,550	10,750	12,770	14,770	16,770	18,770	20,770	22,770	24,640
$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,890	12,390	14,890	17,220	19,520	21,820	24,120	26,420	28,720	30,880
$525,000 y más	3,140	6,840	10,460	13,160	15,860	18,390	20,890	23,390	25,890	28,390	30,890	33,250

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	$310	$890	$1,020	$1,020	$1,020	$1,860	$1,870	$1,870	$1,870	$1,870	$2,030	$2,040
$10,000 - 19,999	890	1,630	1,750	1,750	2,600	3,600	3,600	3,600	3,600	3,760	3,960	3,970
$20,000 - 29,999	1,020	1,750	1,880	2,720	3,720	4,720	4,730	4,730	4,890	5,090	5,290	5,300
$30,000 - 39,999	1,020	1,750	2,720	3,720	4,720	5,720	5,730	5,890	6,090	6,290	6,490	6,500
$40,000 - 59,999	1,710	3,450	4,570	5,570	6,570	7,700	7,910	8,110	8,310	8,510	8,710	8,720
$60,000 - 79,999	1,870	3,600	4,730	5,860	7,060	8,260	8,460	8,660	8,860	9,060	9,260	9,280
$80,000 - 99,999	1,870	3,730	5,060	6,260	7,460	8,660	8,860	9,060	9,260	9,460	10,430	11,240
$100,000 - 124,999	2,040	3,970	5,300	6,500	7,700	8,900	9,110	9,610	10,610	11,610	12,610	13,430
$125,000 - 149,999	2,040	3,970	5,300	6,500	7,700	9,610	10,610	11,610	12,610	13,610	14,900	16,020
$150,000 - 174,999	2,040	3,970	5,610	7,610	9,610	11,610	12,610	13,750	15,050	16,350	17,650	18,770
$175,000 - 199,999	2,720	5,450	7,580	9,580	11,580	13,870	15,180	16,480	17,780	19,080	20,380	21,490
$200,000 - 249,999	2,900	5,930	8,360	10,660	12,960	15,260	16,570	17,870	19,170	20,470	21,770	22,880
$250,000 - 399,999	2,970	6,010	8,440	10,740	13,040	15,340	16,640	17,940	19,240	20,540	21,840	22,960
$400,000 - 449,999	2,970	6,010	8,440	10,740	13,040	15,340	16,640	17,940	19,240	20,540	21,840	22,960
$450,000 y más	3,140	6,380	9,010	11,510	14,010	16,510	18,010	19,510	21,010	22,510	24,010	25,330

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	$620	$860	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,650	$1,870	$1,870	$1,890	$2,040
$10,000 - 19,999	620	1,630	2,060	2,220	2,220	2,220	2,850	3,850	4,070	4,090	4,290	4,440
$20,000 - 29,999	860	2,060	2,490	2,650	2,650	3,280	4,280	5,280	5,520	5,720	5,920	6,070
$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,650	2,810	3,440	4,440	5,440	6,460	6,880	7,080	7,280	7,430
$40,000 - 59,999	1,020	2,220	3,130	4,290	5,290	6,290	7,480	8,680	9,100	9,300	9,500	9,650
$60,000 - 79,999	1,500	3,700	5,130	6,290	7,480	8,680	9,880	11,080	11,500	11,700	11,900	12,050
$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,690	7,050	8,250	9,450	10,650	11,850	12,260	12,460	12,870	13,820
$100,000 - 124,999	2,040	4,440	6,070	7,430	8,630	9,830	11,030	12,230	13,190	14,190	15,190	16,150
$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,070	7,430	8,630	9,980	11,980	13,980	15,190	16,190	17,270	18,530
$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,070	7,980	9,980	11,980	13,980	15,980	17,420	18,720	20,020	21,280
$175,000 - 199,999	2,190	5,390	7,820	9,980	11,980	14,060	16,360	18,660	20,170	21,470	22,770	24,030
$200,000 - 249,999	2,720	6,190	8,920	11,380	13,680	15,980	18,280	20,580	22,090	23,390	24,690	25,950
$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,200	11,660	13,960	16,260	18,560	20,860	22,380	23,680	24,980	26,230
$450,000 y más	3,140	6,840	9,770	12,430	14,930	17,430	19,930	22,430	24,150	25,650	27,150	28,600

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209
Office (941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

Formulario de Igualdad de Oportunidades de Empleo

Por favor complete esta Hoja de Datos EEO - 1 de Empleado Nuevo, que nos va a proveer información que necesitamos paralas obligaciones de reporte de información federal. Tenga en cuenta que esta información se mantendrá confidencial, en conformidad con las leyes de aplicación y reglamentos. Esta información no se utiizará como fundamento para cualquier decisión adversa de empleo .

Primer Nombre _____ Apellido _____ Inicial del Segundo Nombre_____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección Postal _____ Número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Autoidentificación EEO-1

Estamos sujetos a ciertos requisitos de mantenimiento de registros del gobierno y de requisitos de reporte de información para la administración de las leyes de derechos civiles. Para cumplir con estas leyes, le pedimos que voluntariamente auto-identifique su raza ó su origen étnico. La presentación de esta información es voluntaria, y el rehusar proporcionarla no lo sometera a un tratamiento desfavorable. La información obtenida será mantenida confidencialmente y sólo puede ser utiizada de acuerdo con las disposiciones de la legislación aplicable, decretos y reglamentos, incluyendo aquellos que requieren la entrega y reporte de información al gobierno federal para hacer cumplir los derechos civiles. Cuando se reporte, los datos no identificarán a ningún individuo específicamente.

Por favor, marque el Grupo de Identificación de EEO que mejor le describe a usted:

- ☐ **Hispano o Latino**
- ☐ **Blanco**
- ☐ **Negro ó Africano-Americano**
- ☐ **Hawaianos Nativos ú Otros de Islas del Pacífico**
- ☐ **Asiáticos**
- ☐ **Indio-Americano ó Nativo de Alaska**
- ☐ **Dos ó Más Razas Nativas**

Firma Del Empleado _____ Fecha _____

Para ser completado por el empleador

De las categorías funcionales de EEO que se enumeran a continuación, cual describe mejor la posición del empleado :

- ☐ ***Ejecutivos/Oficiales de Alto Nivel y Gerentes***
- ☐ ***Oficiales de Primer y Medio Nivel y Gerentes***
- ☐ ***Profesionales***
- ☐ ***Técnicos***
- ☐ ***Empleados de Ventas***
- ☐ ***Trabajadores de Apoyo Administrativo***
- ☐ ***Artesanos o de Especialidad***
- ☐ ***Operativos***
- ☐ ***Trabajadores y Ayudantes***
- ☐ ***Trabajadores de Servicio***

Notas: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

DECLARACION DE HISTORIAL MEDICO PRE-EMPLEO

Nota para solicitantes: En conformidad con los norteamericanos con acto de incapacidades de 1990 usted ha recibido una oferta de empleo condicional con esta compañía. Las respuestas a este historial médico y de examinación medica se mantendrá confidencial en un archivo separado por este empleador. La oferta de trabajo que listed reciba de este empleador es ***"condicional"*** previo a los resultados de este historial médico y cualquier examinación médica.

Nota: Este formulario es para uso de compensación de trabajadores solamente

Nombre del Empleado: _____ **No. de SS:** _____

Direccion: _____ **Nombre del Cliente:** _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Marque con una "X" o chequee Yes or No for the following: (Please do not draw a line down the columns)

	Si	No		Si	No		Si	No
1. Alergias			20. Otras enfermeda(des) del corazón			31. A tenido cirugía de la espalda?		
2. Dolor en el tobillo o pie			21.Tromboflebitis					
3. Asma			22. Ulceras			32. Alguna vez ha tenido problemas de la espalda o espasmos en la espalda?		
4. Desmayos			23. Problemas de la mano o muñeca					
5. Bronquitis			24. Artritis					
6. Cáncer / tumor de cualquier tipo			25. Desorden de los músculos o huesos incluyendo espina dorsal o espalda			33. Alguna vez le han sugerido cirugía o ha tenido cirugía?		
7. Dolor de pecho								
8. Ataques			26. Usa espejuelos, lentes de contacto o audífono para oír?					
9. Diabetes								
10. Desorden en los ojos u oídos			27. Tiene problemas al estar parado o al caminar por largos periodos de tiempo?			34. Alguna vez a solicitado, recibido pensión o pago por lesión, enfermedad o discapacidad?		
11. Enfisema								
12. Dolores de cabeza (migrañas)								
13. Ataques de calor								
14. Hernias o rupturas			28. Alguna vez ha tenido problemas con su cuello?			35. Epilepsia, ataques, o convulsiones?		
15. Dolor de rodillas								
16. Infección de huesos crónica			29. Alguna vez a usado una faja o soporte para la espalda?			36. Tiene dolor de hombro o algún problema de hombro?		
17. Neumonía								
18. Alta presión de la sangre			30. Tiene problemas con los pulmones o alguna anomalía al respirar			37. Tiene dolor de cadera o algún problema de cadera?		
19. Reumatismo								

Explique con claridad toda respuesta que sea "SI", incluya diagnóstico, tratamientos, resultados, fechas, nombres y direcciones de todos los doctores y hospitales (INCLUYA HOJAS SEPARADAS SI ES NECESARIO).

Alguna vez se ha sometido a cirugía? Si ☐ No ☐ De fecha y nombre del doctor(res) _____

Alguna vez ha tenido alguna lesión por compensación laboral?* Si ☐ No ☐ De detalles _____

Alguna vez a recibido beneficios por compensación al trabajador debido a alguna lesión o enfermedad en el trabajo? Si ☐ No ☐

De Detalles _____

Alguna ha recibido un grado de incapacidad permanente debido a alguna lesión o enfermedad en el trabajo? Si ☐ No ☐

De Detalles _____

Si usted alguna vez a recibió una incapacidad permanente debido a alguna lesión en el trabajo o enfermedad cuáles son sus restricciones permanentes? _____

Además de lo anterior, alguna vez ha sido lesionado? Si ☐ No ☐ De Detalles _____

Esta usted limitado a alguna actividad laboral debido a alguna condición medica? Si ☐ No ☐ Si su respuesta es Si, explique y de detalles de cualquier acomodación requerida por su discapacidad. _____

_____

CERTIFICACION

Yo certifico que toda la información en este formulario es cierta y correcta.

Yo autorizo una investigación sobre todos los asuntos contenidos en este cuestionario y por la presente le doy a Howard Leasing, Inc. permiso para contactar empleadores previos, doctores, proveedores médicos y toda otra referencia pertinente. Yo por la presente absuelvo a Howard Leasing, Inc. de toda obligación a consecuencia de tales contactos.

Concuerdo que, si por determinación de la compañía cualquier omisión o tergiversación han sido hechas por mí, cualquier oferta de empleo hecha por la compañía será anulada inmediatamente en cualquier momento sin notificación previa y sin ninguna obligación o responsabilidad hacia mí aparte del pago acordado por servicios que haya rendido si hubiese sido empleado.

Firma del Supervisor _____ Date: _____

Nombre del Aplicante (por favor letra de molde) _____

Firma del Aplicante _____ Date: _____ Title: _____

* La Ley de Florida prohíbe discriminación basada en un reclamo de compensación de trabajadores *

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209
Office (941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

ACUERDO DEL LUGAR DE TRABAJO, RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACION

Yo, el individuo abajo firmante, en consideración a mi colocación en una relación con una organización profesional de empleadores ("PEO") con la empresa correspondiente de Howard Leasing a la que he sido asignado como se muestra en el portal del web EZ en línea (en lo sucesivo, "Howard Leasing") reconozco y acepto lo siguiente:

(1) En todo momento durante mi relación con Howard Leasing, entiendo y estoy de acuerdo en que seguiré siendo un empleado de la empresa cliente para la cual estoy trabajando ("Cliente") que ha contratado a Howard Leasing con respecto a mis servicios en una relación PEO y, en la medida permitida por la ley, el Cliente continuará teniendo un control único y exclusivo sobre mis obligaciones laborales diarias y sobre los lugares de trabajo donde realizo los servicios. Además, en la medida permitida por la ley, el Cliente continuará proporcionando toda la supervisión en el sitio, incluida, entre otras, la determinación de mis asignaciones de trabajo y requisitos de capacitación y evaluación de mi desempeño. Además, en la medida permitida por la ley, el Cliente determinará mis deberes laborales, la tasa de pago, las horas trabajadas, las oportunidades continas de empleo y otros términos y condiciones de mi empleo;

(2) Entiendo y estoy de acuerdo en que mi estado en Howard Leasing es a voluntad y que Howard Leasing o yo podemos terminar nuestra relación PEO en cualquier momento. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que no existe ningún contrato de empleo entre Howard Leasing y yo, y entiendo y estoy de acuerdo en que Howard Leasing no se convertirá en una parte de ningún contrato de trabajo y / o ningún pacto restrictivo / acuerdo de no competencia en que yo ya haya ingresado o que pueda ingresar en el futuro con el Cliente. Estoy de acuerdo en que cualquier acuerdo y contrato ejecutado entre el Cliente y yo permanecerá en plena vigencia y efecto y no se ven afectados por la relación de organización profesional de empleadores entre el Cliente y Howard Leasing. Además, yo Entiendo y estoy de acuerdo en que mi estado voluntario con Howard Leasing no cambia el estado de empleo que tenia con el Cliente antes de la existencia de la relación profesional de organización patronal entre Howard Leasing y el Cliente y que Howard Leasing no es responsable de ninguna obligación de contrato que puedan existir entre el Cliente y yo;

(3) Entiendo y estoy de acuerdo en que estoy prestando servicios dentro de una relación de organización profesional de empleadores donde los deberes y responsabilidades aplicables a mí se establecen en un acuerdo de servicio celebrado entre el Cliente y Howard Leasing;

(4) Entiendo y estoy de acuerdo en que Howard Leasing ha asumido la responsabilidad de pagarme los salarios como lo exige la ley aplicable. También entiendo y estoy de acuerdo en que, a menos que la ley exija lo contrario, Howard Leasing no recibe el pago del Cliente por los servicios que yo realice como individuo subcontratado, Howard Leasing puede, cuando lo permita la ley, pagarme el salario mínimo aplicable (o el salario mínimo legalmente requerido) por dicho periodo de pago, y estoy de acuerdo con este método de compensación. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que el Cliente sigue siendo mi empleador durante mi relación PEO con Howard Leasing y el Cliente en todo momento, en última instancia, está obligado a pagar mi tarifa de pago regular por hora si soy una persona no exenta y pagarme mi salario completo si soy una persona exenta si el Cliente no paga por completo a Howard Leasing por los servicios que presto;

(5) También entiendo y estoy de acuerdo en que, a menos que la ley exija lo contrario, cuando Howard Leasing no haya recibido el pago del cliente por los siguientes artículos, Howard Leasing no asume la responsabilidad del pago de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, participación en ganancias, vacaciones, enfermedad u otro pago de tiempo libre pagado, compensación, beneficio, o por cualquier otro pago, no requerido por la ley, en cualquier forma, o por cualquier otro tipo similar de pago (excepto lo dispuesto en el párrafo (4) anterior), a menos que Howard Leasing haya adoptado específicamente, en un acuerdo por escrito conmigo, la obligación del cliente de pagarme dicha compensación o beneficio (Howard Leasing sí asume esta responsabilidad cuando se haya recibido dicho pago del Cliente que abarque dichos artículos con respecto a mí);

(6) A menos que el Cliente y Howard Leasing acuerden lo contrario (Howard Leasing me informará si esto ocurre), Howard Leasing ha acordado mantener un seguro de compensación de trabajadores que cubra mi empleo. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir está cubierta por los estatutos estatales de compensación de trabajadores y para evitar la elusión de dichos estatutos estatales que pueden resultar de demandas contra el clientes o clientes de Howard Leasing o contra Howard Leasing en base a la misma lesión o lesiones, y en la medida permitida por la ley, por la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pueda tener para presentar reclamos o entablar una demanda contra cualquier cliente o clientes de Howard Leasing y / o contra Howard Leasing por daños y perjuicios basados en lesiones que están cubiertas bajo tales estatutos de compensación laboral. En el caso de una lesión relacionada con el trabajo, entiendo y acepto que, en la medida permitida por la ley, mi único remedio radica en la cobertura bajo la póliza de compensación de trabajadores de Howard Leasing o la póliza de compensación de trabajadores del Cliente si mantiene su propia póliza de compensación de trabajadores;

Yo, _____, entiendo que, si me lesiono en el trabajo, independientemente de cuán leve pueda parecer la lesión, yo (nombre del empleado) debo reportar esa lesión a mi supervisor y al Departamento de Administración de Riesgos de Howard Leasing el mismo día que ocurrió la lesión y que debo someterme a una prueba de drogas el mismo día. El rehusar someterme a una prueba de drogas o mi rehusar a autorizar la prueba al no firmar los formularios de consentimiento necesarios, tomar las pruebas especificadas o el fallar en producir una muestra, puede dar lugar a medidas disciplinarias que pueden incluir el despido y la negación de los beneficios de compensación de trabajadores. \

_____	_____	_____
Nombre en Imprenta	Firma	Fecha

Con mi firma a continuación, Yo, _____doy mi consentimiento y autorizo a mi empleador y al laboratorio de pruebas designado por
Nombre del Empleado
mi empleador para realizar todas y cada una de las pruebas que se consideren necesarias para determinar la ausencia o presencia de alcohol y/o drogas en mi orina, y/o sangre, y/o aliento según lo especificado por los estatutos y reglamentos y si estoy incapacitado y no puedo dar mi consentimiento este se considerará mi consentimiento para obtener y extraer muestras de orina y/o sangre.

_____	_____	_____
Nombre en Imprenta	Firma	Fecha

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209 Office
(941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

ACUERDO DEL LUGAR DE TRABAJO, RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACION (continuación)

ACUERDO DEL LUGAR DE TRABAJO, RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACIO

(7) Entiendo y estoy de acuerdo en que, si me lesiono en el trabajo, incluso si la lesión es menor o incluso si no quiero tratamiento, aun asi, debo reportarlo de inmediato a mi supervisor. También estoy de acuerdo en cumplir con cualquier política legal de pruebas de drogas que pueda ser adoptada, y estoy de acuerdo específicamente con las pruebas de drogas posteriores a un accidente en cualquier situación donde la ley lo permita;

(8) Además, también estoy de acuerdo en que si en cualquier momento durante mi empleo en el Cliente estoy sujeto a cualquier tipo de discriminación, incluida la discriminación por raza, sexo, orientación sexual, acoso de cualquier tipo, discapacidad, color, edad, información genética, origen nacional, estado de ciudadanía, religión, represalia, estado de veterano, estado militar o estado sindical, o si estoy sujeto a cualquier tipo de represalia o acoso, incluido el acoso sexual, me comunicaré de inmediato con una persona apropiada del Cliente. En la mayoría de los casos, esta persona apropiada será el presidente del Cliente. Si elijo no contactar al Cliente por cualquier motivo, puedo comunicarme con el Director de Recursos Humanos de Howard Leasing al 1-866-761-2884 con el propósito limitado de tener a Howard Leasing, a su elección, y no como empleador, sino como posible facilitador, intente a su exclusivo criterio, facilitar una resolución si todas las partes lo solicitan y aceptan;

(9) Entiendo y estoy de acuerdo en que el Cliente tiene el control único y exclusivo sobre mis obligaciones laborales diarias y que el Cliente tiene el control único y exclusivo sobre el lugar de trabajo cual, o desde el cual, realizo mis servicios y que Howard Leasing solo se reserva y retiene tales derechos y la autoridad que exigen ley. Estoy de acuerdo en que Howard Leasing no tiene control real sobre mi lugar de trabajo y, como tal, no está en condiciones de finalizar o remediar discriminación, acoso, condiciones de trabajo inseguras, represalias o irregularidades que pueden estar ocurriendo. La responsabilidad de resolver y/o finalizar dicha conducta inapropiada o condiciones de trabajo inseguras recae en el Cliente, sin embargo, Howard Leasing puede intentar facilitar una resolución;

(10) Entiendo y estoy de acuerdo en que debido a las restricciones de licencia y compensación de trabajadores aplicables a las organizaciones profesionales de empleadores, si se me acepta como individuo subcontratado por Howard Leasing, se me prohíbe expresamente realizar cualquier trabajo fuera del estado en el que estoy actualmente realizando servicios para el Cliente ("Estado de origen") durante mi estado como individuo subcontratado, excepto según lo permitido por la póliza de compensación para trabajadores que Howard Leasing me proporcionó o excepto según lo permitido por escrito por Howard Leasing y los seguros de compensación de trabajadores correspondientes;

(11) Si trabajo fuera del estado de origen para el Cliente o para cualquier otra persona sin obtener primero esta aprobación como se establece en el numeral (10), entiendo y estoy de acuerdo en que ya no tendré una relación profesional de organización de empleadores con Howard Leasing y puede que no se me proporcione beneficios de compensación de trabajadores a través de Howard Leasing o el seguro de compensación de trabajadores correspondiente y mi relación profesional de organización de empleadores con Howard Leasing se considerará rescindida inmediatamente al comienzo de mi viaje fuera del estado de origen para realizar trabajo donde no se haya recibido la aprobación previa como se establece en este documento;

(12) Entiendo y estoy de acuerdo en que, en la medida permitida por la ley, cualquier obligación de Howard Leasing cesa cuando finaliza el acuerdo de organización profesional de empleadores de Howard Leasing con el Cliente;

(13) Entiendo y estoy de acuerdo en que, si soy elegible para algún beneficio, es mi responsabilidad (y la responsabilidad de cualquier familiar/dependiente que desea participar) el enviar oportunamente todos los formularios requeridos e información;

(14) En la medida en que lo permita la ley, al firmar este Acuerdo, le asigno a Howard Leasing mi derecho a hacer valer un reclamo de salario prioritario contra el Cliente bajo 11 U.S.C. § 507 (a)(3) en el caso de que se presente una Petición de Quiebra bajo el Título 7 y/o el Título 11 del Código de los Estados Unidos por o en nombre del Cliente;

(15) He sido informado y acepto que si mi trabajo en el cliente finaliza por cualquier motivo, debo informar a Howard Leasing dentro de las setenta y dos (72) horas para una posible reasignacion y que los beneficios de desempleo me pueden ser denegados si fallo en hacerlo; y

(16) Si firmo este formulario y/o completo la documentación de subcontratista de Howard Leasing y nunca soy aceptado como subcontratista de Howard Leasing, este formulario será nulo y sin efecto.

FECHA _____ FIRMA DEL INDIVIDUO SUBCONTRATISTA _____

XXX-XX- _____ NOMBRE EN IMPRENTA _____
Los últimos 4 del Numero de Seguro Social

Verificación de Elegibilidad de Empleo

Departamento de Seguridad Nacional

Servicio de Ciudadania e Inmigracion de EstadosUnidos

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 07/31/2026

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cuomplen con los requisitos para completar este formulario. Ver la información y las **instrucciones**.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	Inicial de Segundo Nombre (si alguno)	Otros Apellidos Utilizados (si alguno)

Dirección (Número y Nombre de la Calle)	Número de Apartamento (si corresponde)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social de EE. UU.	Dirección de Correo Electrónico del Empleado	Número de Teléfono del Empleado

Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.

Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):

- ☐ 1. Ciudadano de Estados Unidos
- ☐ 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones) Unidos
- ☐ 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS:
- ☐ 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa):

Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:

USCIS/Número A	OR	**Formulario I-94 Número de Admisión**	OR	**Número de pasaporte extranjero y país de emisión**

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar la certificación de preparador y/o traductor en la página 4.

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

	Lista A	o	Lista B	Y	List C
Titulo del Documento 1					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Titulo del Documento 2					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Titulo del Documento 3					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					

Información Adicional

☐ Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):

Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Represente Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)

Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal

Para la reverificación o recontratación, complete elar Suplemento B, Reverificación y recontratación, en la página 5.

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.
* Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.
Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.
Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).

LISTA A **Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo**	O	LISTA B **Documentos que Establecen la Identidad**	Y	LISTA C **Documentos que Establecen la Autorización de Empleo**
1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.		1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.		1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.
2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)		2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.		2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).
3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina		3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía		3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.
4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)		4. Tarjeta de Registro de Votante		4. Documento tribal de indio americano
5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador especifico debido a su estatus: a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.		5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección		5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)
		6. Tarjeta de identificación de dependiente militar		6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)
		7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.		7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la **Sección 7** y la **Sección 13** del M-274 en **uscis.gov/i-9-central**. El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo **Número 4**, no es documento de la Lista C.
6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidosy FSM o RMI		8. Documento tribal de indio americano		
		9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense		
		Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:		
		10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones		
		11. Registro clínico, médico o de hospital		
		12. Registro guardería o escuela infantil		

Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

• Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado; • Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551; • Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.	O	Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado	Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on **I-9 Central** for more information.

Suplemento A,
Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
Suplemento A
OMB No. 1615-0047
Expire 07/31/2026

Apellido (Nombre de Familia) como en la **Sección 1**.	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la Sección 1.

Instrucciones: Este suplemento debe ser completado por cualquier preparador y/o traductor que ayude a un empleado a completar la Sección 1 del Formulario I-9. El preparador y/o traductor debe ingresar el nombre del empleado en los espacios proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Apellido *(Nombre de Familia)*	Nombre *(Nombre de Pila)*	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección *(Número de Calle y Nombre)*	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Apellido *(Nombre de Familia)*	Nombre *(Nombre de Pila)*	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección *(Número de Calle y Nombre)*	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Apellido *(Nombre de Familia)*	Nombre *(Nombre de Pila)*	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección *(Número de Calle y Nombre)*	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Apellido *(Nombre de Familia)*	Nombre *(Nombre de Pila)*	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección *(Número de Calle y Nombre)*	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

Suplemento B,
Reverificacion y Recontrataciones (Sección 3)

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Apellido *(Nombre Familiar)* como en la **Sección 1**	Primer Nombre *(Nombre de pila)* como en la **Sección 1**	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 (M-274).

	Nuevo nombre *(si aplica)*		
Fecha de Hoy *(mm/dd/aaaa)*	Apellido *(Nombre de Familia)*	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.

Fecha de recontratación (si aplica)	Nuevo nombre *(si aplica)*		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido *(Nombre de Familia)*	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.

Fecha de recontratación (si aplica)	Nuevo nombre *(si aplica)*		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido *(Nombre de Familia)*	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

TARJETA VISA / DEBITO PARA AUTORIZACION DE DEPOSITO DIRECTO

(Si es ofrecida por el empleador en la obra)

Información de la Cuenta de Cheques o Ahorros

Yo, _____, autorizo a Howard Leasing a depositar electronicamente en las siguientes cuenta bancarias:

Nombre del Banco _____

☐ **Añada** ☐ **Cambie** ☐ **Elimine Cuenta**

No. Cuenta Bancaria ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de Ruta ACH ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cantidad _____ **o** _____**%** **Tipo de Cuenta** ☐ **Cheques** ☐ **Ahorro**
A Depostar

Nombre del Banco _____

☐ **Añada** ☐ **Cambie** ☐ **Elimine Cuenta**

No. Cuenta Bancaria ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de Ruta ACH ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cantidad _____ **o** _____**%** **Tipo de Cuenta** ☐ **Cheques** ☐ **Ahorro**
A Depostar

Tarjeta Visa / Debito Para Pago En Efectivo

La tarjeta Visa / Débito es para pagos en efectivo. Si usted escoge esta opción, usted tendrá una tarjeta Visa / Débito para pagos en efectivo que recibirá en unos 10 días hábiles. También recibirá instrucciones para activar la tarjeta. Tan pronto como sea activada su cheque de pago será depositado en esta tarjeta en las cantidades que usted escoja abajo.

☐ **Inscribame para una tarjeta Visa / Débito para Pagos en Efectivo**

Cantidad ó porciento del pago para ser depositado en la tarjeta Visa pago en efectivo $_____ o _____%

Para **Depósito Directo**, favor de adjuntar un cheque cancelado o una carta de su Institución Bancaria que incluya el número de ruta ACH y su número de todas las cuentas que van a abrirse. **Favor de esperar 10 días hábiles para el procesamiento.**

Nota: Al firmar este formulario estoy de acuerdo con todas las condiciones y cargos que el banco imponga por toda las acciones arriba señaladas.

- Los depósitos solo pueden hacerse en cuentas de cheques o ahorros.
- Si cambio de banco o cuenta bancaria, soy totalmente responsable en notificar inmediatamente al departmento de nómina acerca del cambio Autorizo y acuerdo que en caso de que Howard Leasing deposite erróneamente fondos en mi cuenta, autorizo a Howard Leasing a que debite mi cuenta por una cantidad que no exceda la cantidad original acreditada erróneamente. Si los fondos no están disponibles y no eran míos propiamente, estoy de acuerdo en dovolver la cantidad erróneamente depositada, en su totalidad tan pronto sea reclamada.
- Entiendo que cualquier cambio, incluyendo el paro de mi depósito directo, debe presentarse por mi parte, por escrito, con anticipación de no menos de 72 horas antes del próximo cheque. Los cambios pueden requerir un cheque activo por 2 periodos de pago.

_____ _____
Firma del Empleado **Fecha**

_____
Número del Seguro Social