



Convergence Employee Leasing
3951 Baymeadows Rd.
Jacksonville, FL 32217

Phone: 904-731-9014
Fax1: 904-731-0059
Fax2: 904-265-0723

SOLICITUD DE EMPLEO

Ciente de la Empresa: _____

Ubicación: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

(Para ser completado por el Empleado)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Trabajo/ Posición: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Emergencia Teléfono de contacto: _____ Celular: _____

POSICIÓN DEL EMPLEADO:

(Para ser completado por el Cliente)

Descripción del puesto: _____ Código de trabajo #: _____ Dept: _____

Método y Sueldo:

Hora \$ _____ Salario \$ _____ Comisión \$ _____ Por Pieza \$ _____ Propina: \$ _____

(Debe cumplir con los requisitos de FLSA)

ANTES DE NÓMINA PUEDE SER PROCESADO TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR Y FIRMA LO SIGUIENTE:

- Información de Empleado
- Formulario W-4 con el estado marital y las deducciones deseados
- Incluye copia de licencia de conducir
- Acuerdo de Empleado de Convergence
- Reglas generales de seguridad

Lo anterior constituye el papeleo obligatorio que debe ser recibida por Convergence Employee Leasing para llegar a ser un empleado elegible de Convergence Employee Leasing. Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta solicitud de empleo, por favor llame Convergence Employee Leasing al 904-731-9014 inmediatamente.

Formulario W-4(SP) (2017)

Propósito. Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2017 vence el 15 de febrero de 2018. Vea la Publicación 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si el total de sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Excepciones. Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
- Está ciego o

• Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos. Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Publicación 505 para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, en

inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Para detalles, vea la Publicación 505.

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

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Publicación 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2017. Vea la Publicación 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/formw4sp.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A _____
B	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. 	B _____
C	Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	C _____
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D _____
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E _____
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito	F _____
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces menos "1" si tiene cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos 	G _____
H	Sume las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	H _____
	Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. <ul style="list-style-type: none"> • Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2. • Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos. • Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H. 	

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074 <h1>2017</h1>
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		2 Su número de Seguro Social
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago		5 _____ 6 \$ _____
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí		7 _____
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 ►
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional)
		10 Número de identificación del empleador (EIN)

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2017. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2017, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$313,800 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$287,650 si es cabeza de familia; \$261,500 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$156,900 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Publicación 505, para detalles 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,350 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,350 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2017 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Publicación 505) 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2017 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Publicación 505, en inglés) 5 \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2017 (por ejemplo, dividendos o intereses) 6 \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" 7 \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción 8 _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 9 _____
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) 10 _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea **Dos asalariados o múltiples empleos**, en la página 1).

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) 1 _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" 2 _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo 3 _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo 4 _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo 5 _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 6 _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí 7 \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener 8 \$ _____
 - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2017. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2017. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago 9 \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
7,001 - 14,000	1	8,001 - 16,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 22,000	2	16,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
22,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 y más	1,420
35,001 - 44,000	5	44,001 - 70,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	70,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 95,000	10	140,001 y más	10				
95,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.
Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes 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 impuestos federales 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 que la incluya en el *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 envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

ACUERDO DE EMPLEADO DE CONVERGENCE

YO, EL EMPLEADO QUE FIRMA, EN MI EXAMEN DE CONTRATACIÓN POR CONVERGENCE EMPLOYEE LEASING ("CEL") COMO EMPLEADO A VOLUNTAD DE CEL, RECONOCE Y ACEPTA LO SIGUIENTE: SE ME HA CONTRATADO COMO EMPLEADO A VOLUNTAD DE CEL QUE ES UNA EMPRESA arrendamiento DE EMPLEADOS, NO HAY CONTRATO DE EMPLEO QUE EXISTE ENTRE YO Y EL CLIENTE PARA QUE ME HA ASIGNADO, NI ENTRE CEL ADEMÁS CEL Y YO NO TIENE RESPONSABILIDAD EN RELACIÓN CON CUALQUIER ACUERDO LABORAL. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE CEL O YO PODEMOS TERMINAR NUESTRA RELACIÓN DE EMPLEO EN CUALQUIER MOMENTO YA QUE SOY UN EMPLEADO A VOLUNTAD DE CEL. ADEMÁS, ENTIENDO Y ACEPTO QUE TRABAJO CONTINUO CON EL CLIENTE A LOS QUE ME HAN ASIGNADO ES UN REQUISITO ESENCIAL PARA EL EMPLEO CON CEL Y QUE SI MI EMPLEO CON EL CLIENTE A LOS QUE ME HAN ASIGNADO TERMINA, MI EMPLEO CON CEL TAMBIÉN TERMINA INMEDIATAMENTE EN ESE MOMENTO. TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO QUE MIENTRAS YO SOY UN EMPLEADO DE CEL, CEL AUNQUE NO RECIBE EL PAGO DEL CLIENTE DEL CUALYO SOY UN EMPLEADO CONTRARADO, CEL TODAVÍA ME PAGAN EL SALARIO MÍNIMO APLICABLE (O EL SALARIO MÍNIMO LEGAL REQUERIDO) PARA CUALQUIER PERÍODO DE PAGO Y ESTOY DE ACUERDO CON ESTA FORMA DE COMPENSACIÓN. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE CEL NO TIENE OBLIGACIÓN DE PAGAR ME CUALQUIER OTRA COMPENSACIÓN O BENEFICIO, A MENOS QUE CEL TIENE EN PARTICULAR, EN UN ACUERDO ESCRITO CONMIGO, ADOPTADO LA OBLIGACIÓN DEL CLIENTE QUE ME PAGAR LA COMPENSACIÓN O BENEFICIO. ENTIENDO QUE EL CLIENTE AL QUE ESTOY ASIGNADO EN TODO MOMENTO QUEDA OBLIGADO A PAGAR MI TARIFA REGULAR POR HORA SI SOY UN EMPLEADO NO EXENTO Y A PAGARME MI SALARIO COMPLETO SI SOY UN EMPLEADO EXENTO AUNQUE CEL NO RECIBA PAGO DE EL CLIENTE A LA QUE ESTOY ASIGNADO. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE CEL NO ASUME RESPONSABILIDAD POR PAGO DE BONOS, COMISIONES, INDEMNIZACIÓN POR DEPIDO, COMPENSACIÓN DIFERIDA, REPARTO DE UTILIDADES, VACACIONES, ENFERMEDAD O DE CUALQUIER OTRO TIPO DE PAGO, EN DONDE TALES PAGO NO ESTAN PAGOS A CEL POR EL CLIENTE AL QUE ESTOY ASIGNADO. **SE ME HA INFORMADO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SI MI ASIGNACIÓN DE CUALQUIER CLIENTE DE CEL QUE ESTOY ASIGNADO TERMINA POR CUALQUIER RAZÓN, DEBEN INFORMAR A CEL DENTRO LAS SETENTA Y DOS (72) HORAS PARA LA REASIGNACIÓN POSIBLE Y QUE BENEFICIOS DE DESEMPLEO PUEDE SER NEGADO ME NIEGO A NO INFORMAR A CEL.** EN RECONOCIMIENTO DEL HECHO DE QUE LOS DAÑOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE PUEDAN SER SOSTENIDOS POR MI ESTÁN CUBIERTOS POR LOS ESTATUTOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DEL ESTADO, Y PARA EVITAR LA ELUSIÓN DE LAS LEYES ESTATALES QUE PUEDEN LLEVAR CASOS CONTRA LOS CLIENTES O CLIENTES DE CEL O EN CONTRA DE CEL BASADO EN LA MISMA LESIONE O LESIONES, Y EN LA MEDIDA EN QUE LO PERMITA LA LEY, **POR LO PRESENTE RENUNCIO Y LIBERACIÓN PARA SIEMPRE LOS DERECHOS YO PODRÍA TENER DE HACER RECLAMOS O INTERPONER UNA ACCIÓN CONTRA CUALQUIER CLIENTE O CLIENTE DE CEL O EN CONTRA DE CEL PARA DAÑOS BASADOS EN LESIONES QUE ESTÁN CUBIERTOS POR LOS ESTATUTOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES. ADEMÁS ESTOY DE ACUERDO DE INFORMAR A CEL ENTRE 24 HORAS DE CUALQUIER DAÑO RELACIONADAS AL TRABAJO QUE RECIBO Y DE CUMPLIR CON CUALQUIER PÓLIZA DE PRUEBA DE DROGAS QUE PUEDEN ADOPTAR CEL, Y YO ESPECÍFICAMENTE ACEPTO LAS PRUEBAS DE DROGAS DESPUÉS DE UN ACCIDENTE ENTRE 24 HORAS EN CUALQUIER SITUACIÓN EN LA QUE SEA PERMITIDA POR LA LEY.** ADEMÁS, TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO QUE SI EN ALGÚN MOMENTO DURANTE MI EMPLEO YO SOY SUJETO A CUALQUIER TIPO DE DISCRIMINACIÓN, INCLUIDA LA DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE RAZA, SEXO, EDAD, INFORMACIÓN GENÉTICA, RELIGIÓN, COLOR, REPRESALIA, ORIGEN NACIONAL, DISCAPACIDAD, O ESTADO CIVIL, O SI SOY SUJETO A CUALQUIER TIPO DE ACOSO INCLUYENDO ACOSO SEXUAL, QUE SE COMUNICARÁ INMEDIATAMENTE CON LAL PERSONAL APROPIADA DE LA EMPRESA CLIENTE A LA QUE ME HA SIDO ASIGNADO. EN MAYORÍA DE LOS CASOS, ESTA PERSONA APROPIADA SERÁ EL PRESIDENTE DE LA EMPRESA CLIENTE. SI ELIGO NO PONERME EN CONTACTO CON LA EMPRESA CLIENTE POR CUALQUIER MOTIVO, PUEDO COMUNICARME CON EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANO DE CEL AL 904-731-9014 PARA OBTENER AYUDA EN LA RESOLUCIÓN DE SITUACIONES TALES. COMPRENDO Y ACEPTO CEL NO TIENE CONTROL REAL SOBRE MI LUGAR DE TRABAJO Y COMO TAL, NO ESTÁ EN CONDICIONES DE PONER FIN O REMEDIAR CUALQUIER TIPO DE DISCRIMINACIÓN, ACOSO O REPRESALIAS QUE PUEDE ESTAR OCURRIENDO. LA REONSABILIDAD DE RESOLVER Y/O TERMINAR LA CONDUCTA INADECUADA RECAE EN EL CLIENTE, SIN EMBARGO, CEL TRATARA DE FACILITAR LA RESOLUCIÓN

ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE SI ME ACEPTAN COMO EMPLEADO DE CEL, ESTOY EXPRESAMENTE PROHIBIDO REALIZAR CUALQUIER TRABAJO FUERA DEL ESTADO DE FLORIDA PARA CLIENTES DURANTE MI CONDICIÓN DE EMPLEADO CONTRATADO EXCEPTO COMO SE PERMITE EN VIRTUD DE LA POLÍZA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES PROPORCIONADO POR CEL O EXCEPCIÓN DE LO PERMITIDO POR ESCRITO POR CEL Y COMPAÑIA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE CEL. SI TRABAJO FUERA DEL ESTADO DE FLORIDA PARA ELCLIENTE AL CUAL ESTOY ASIGNADO SIN ANTES ASEGURAR ESTA APROBACIÓN, ENTIENDO QUE NO SERÉ UN EMPLEADO DE CEL Y NO SE PUEDE PROPORCIONAR BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN POR CEL O Y COMPAÑIA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE CEL. MI EMPLEO CON CEL SE CONSIDERA TERMINADA INMEDIATAMENTE AL COMIENZO DE MI VIAJE FUERA DEL ESTADO DE FLORIDA PARA REALIZAR TRABAJOS PARA CLIENTES DONDE CONSENTIMIENTO PREVIO NO SE HA RECIBIDO COMO LO ESTABLECIDO EN ESTE DOCUMENTO.

FECHA: _____

FIRMA DEL EMPLEADO: _____

IMPRIMIR NOMBRE: _____



REGLAS GENERALES DE SEGURIDAD

1. La seguridad en el trabajo es la responsabilidad de cada individuo. Seguridad en el trabajo es a menudo emplear el sentido común en cualquier situación, y estar alerta en el trabajo en todo momento.
2. **Toda lesión relacionada con el trabajo que hace, sin importar cuán grande sea, debe ser informado de inmediato a su supervisor. Un análisis de droga será requerido dentro de 24 horas. Si prueba positivo para drogas ilegales, usted será suspendido y ya no será elegible para la indemnización de Compensación Laboral.**
3. Si ocurre alguna lesión, utilice nada más que instalaciones aprobadas por la compañía. Usted correrá con cualquier gasto de algún otro tratamiento médico que se realice.
4. Empleados que estén bajo la influencia de drogas o alcohol en el trabajo, serán sujetos a suspensión inmediata. Los empleados que tomen medicamentos prescritos deben informar a su supervisor antes de comenzar su turno.
5. Si se siente débil, enfermo, o si se siente disgustado debido a problemas personales, hable de ello con su supervisor antes de comenzar con su trabajo.
6. Debe informarse acerca de cualquier condición laboral peligrosa a su supervisor de inmediato, sea que le afecte directamente a usted, o no.
7. Si en algún momento no está seguro de cómo realizar el trabajo que se le asignó: PARE Y COMPRUEBE CON SU SUPERVISOR. Esto es para la seguridad suya, y la de sus compañeros.
8. No debe iniciar, ni manejar ninguna maquinaria sin el adecuado manual de responsabilidad y seguridad. Nunca maneje una pieza de maquinaria cuando los guardias, u otros dispositivos de seguridad no estén presentes.
9. No intente reparar, ni manipular una pieza de maquinaria que no esté funcionando adecuadamente. Reporte su condición a su supervisor de inmediato.
10. Si se le suministra una pieza de maquinaria de seguridad, le será requerido utilizar tal maquinaria mientras esté haciendo el trabajo para el cual la máquina de seguridad es necesaria.
11. Se deben seguir siempre buenas prácticas domésticas. Lo cual significa limpiar las herramientas, secar el suelo que este mojado, dejar el área de trabajo organizado y arreglado.
12. Utilice el método correcto para levantar cualquier objeto. Alce con las piernas, no con la espalda. Si la carga es muy pesada o poco manejable, debe pedir ayuda.
13. Todo instrumento eléctrico, y cable deben tener 3 alambres de polos positivos. Instrumentos eléctricos y cables que no sean de polos positivos no deben ser utilizados. Herramientas de doble insulación deben ser marcadas con tal notación.
14. No utilice líquidos inflamables, materiales tóxicos, químicos, o ácidos a menos que esté autorizado y se le haya instruido con los procedimientos adecuados.
15. No fume en áreas que no sean asignadas como áreas permitidas para fumar.
16. Todo empleado que maneje un automóvil o sea el pasajero, mientras este dentro de las instalaciones de la compañía, deben usar el cinturón de seguridad en todo momento.
17. Obedezca las señales de seguridad y advertencia en todo momento.
18. Presentar un falso testimonio al reportar alguna lesión, es considerado un delito de tercer grado y pueda ser despedido, y le será negada la indemnización de compensación laboral.

He revisado estas reglas (o se me han leído y explicado), las entiendo y las obedeceré para mi propio beneficio.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Firma del Supervisor _____ Fecha _____

Si alguna lesión es causada por que el empleado se negó deliberadamente a usar equipo de seguridad, o se niega a obedecer las reglas de seguridad, la indemnización de compensación le puede ser reducido un 25%.

(Florida Statute 44.09.(4))



DECLARACION PRE - EMPLEO DE SALARIO/PAGO: CONVERGENCE

Este documento confirma su entendimiento de la naturaleza de la relación entre Convergence y _____ (de ahora en adelante Cliente). Este documento sirve como reconocimiento y entendimiento de esa relación y las limitaciones de tal. Favor de leer cada pregunta/declaración y llene como sea necesario. Favor de incluir sus iniciales al fin de cada pregunta/declaración confirmando que usted ha leído y entiende la pregunta/declaración.

Usted reconoce:

1. La tasa de pago cual ha sido prometida/o por el cliente es: \$ _____ X _____
2. Como empleado de Convergence su pago será distribuido solo en cheque por Convergence por trabajo cumplido con el cliente. X _____
3. Usted entiende que si usted es empleado de Convergence y acepta pagos directamente del cliente puede estar cometiendo fraude de compensación al empleado y también al departamento de impuestos y/o al departamento de mantenimiento de hijos menores. X _____
4. Usted no es un contratista independiente o subcontratista. X _____
5. Si usted sufre una herida en el lugar de trabajo usted reconoce y esta de acuerdo que el único pago tomado en cuenta para el propósito de calculación de pagos/beneficios por parte de Compensación del empleado será salario cual fue pago a usted directamente de Convergence por medio de cheque o depósito directo. X _____
6. Si usted es herido mientras empleado por Convergence y el cliente no ha reportado horas o ha reportado menos horas o tasa de pago en respecto a usted su reclamo de compensación del empleado puede ser negada. X _____
7. Como empleado de Convergence si usted es herido mientras trabaja para otra compañía cual no sea Convergence o el "cliente" usted NO será considerado como cubierto bajo la policía de seguro de compensación al Empleado para propósito de reclamos. X _____
8. Usted entiende que si no recibe pago semanal (quincenal) de Convergence no es considerado empleado de Convergence aun haiga recibido pago en tiempos pasado. X _____

Yo doy fe que mi firma o marca significa mi confirmación que mis declaraciones anteriores (arriba) son ciertos y exacto y son dado por me libremente y sin coacción.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____



NOTIFICACION DE ANALISIS DE DROGA E ALCOHOL

A TODO EMPLEADO:

El uso ilegal de drogas y el abuso de alcohol son problemas que invaden el lugar de trabajo. Estos ponen en peligro la seguridad y salud de los abusadores y esos que trabajan a su alrededor. Esta compañía se ha comprometido a crear y mantener el lugar de trabajo libre de abuso de cualquier sustancia sin poner en peligro la seguridad laboral de sus empleados. Para combatir este problema, nuestra compañía ha creado una política sobre el uso ilegal de drogas y al abuso de alcohol que pensamos mejor sirve los intereses de todo empleado. Consulte con su supervisor si desea una copia de esta política. Nuestra política establece claramente que el uso ilegal de drogas o el abuso de alcohol o medicamentos recetados no serán tolerados. Como manera de mantener nuestra política, hemos implementado análisis de drogas que serán administrados antes del empleo y también a empleados ya activos. Esta política fue diseñada con dos objetivos en mente:

1. Empleados merecen un lugar de trabajo libre de los efectos de drogas y los problemas asociados con su uso, y
2. Esta Compañía tiene una responsabilidad de mantener el lugar de trabajo saludable y seguro.

*Para asistirnos en mantener el lugar de trabajo saludable y seguro, hemos creado un Programa de Asistencia al Empleado (PAE). El PAE da a empleados y sus familias evaluación confidencial, referidos, seguimiento para problemas de salud o personales.

** Mantenemos un archivo informativo de recursos en la comunidad, incluyendo pero no limitado a programas de abuso de drogas o/e alcohol. Todo empleado puede usar este archivo de recursos cuando desee. Favor de comunicarse con su supervisor cuando lo desee. También se distribuye esta información a los empleados para uso privado. Si el conducto de cualquier empleado viola la política de Abuso de Sustancias (y que no acepte la asistencia ofrecida bajo el PAE) será disciplinado hasta incluir terminación de su empleo. Es importante que todos seamos unidos bajo esta política para hacer esta compañía un lugar libre de drogas, seguro, y gratificante lugar de trabajo.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACION PARA EXAMEN DE USO DE DROGAS; PRE-EMPLEO

Yo por este medio doy consentimiento y me someto a un examen de drogas y/o alcohol como será determinado por Convergence Employee Leasing, Inc. y compañías afiliadas para proceso de selección de solicitantes para empleo con el propósito de determinar el contenido de droga/alcohol del mismo.

Yo estoy de acuerdo que _____ (nombre de clínica o doctor) puede coleccionar estas muestras para estos exámenes y ejecutar prueba de ellos, si cualificado, o enviar los a un laboratorio certificado para análisis, cual será designado por la compañía. También estoy de acuerdo y por este medio autorizo ceder los resultados de estos exámenes a Convergence Employee Leasing, Inc.

Entiendo que el uso de drogas puede prohibir me del empleo cual solicito con esta compañía.

También estoy de acuerdo que una copia de esta autorización tendrá el mismo efecto al original. Yo cuidadosamente he leído el precedente y entiendo por completo su contenido. Yo reconozco que mi firma a esta autorización es un acto voluntario de mi parte y que no he sido forzado a firmar lo por otro.

SOLICITANTE:

Nombre de Solicitante: _____

Firma de Solicitante: _____

Seguro Social: _____

Fecha: _____

TESTIGO

Nombre de Testigo: _____

Firma de Testigo: _____

FORMULARIO I-9
INSTRUCCIONES AL CLIENTE

CONVERGENCE EMPLOYEE LEASING
NO RECIBE NI MANTIENE LOS
FORMULARIOS I-9.

CLIENTE DE CONVERGENCE
EMPLOYEE LEASING

POR FAVOR MANTENGA LOS
FORMULARIOS I-9 COMPLETOS Y
FIRMADO POR EL EMPLEADO
EN SU LOCAL.

POR FAVOR ENVIE UNA COPIA DE
LA LICENCIA DE CONDUCIR O
IDENTIFICATION ESTATAL CON LA
APLICACION.



Employment Eligibility Verification

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

USCIS
Form I-9
OMB No. 1615-0047
Expires 03/31/2016

▶ **START HERE.** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.
ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation <i>(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.)</i>						
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other 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		E-mail Address		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):

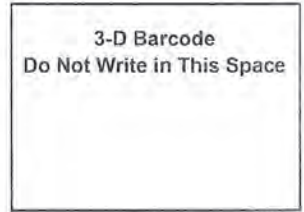
- A citizen of the United States
- A noncitizen national of the United States *(See instructions)*
- A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____
- An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy) _____. Some aliens may write "N/A" in this field. *(See instructions)*

For aliens authorized to work, provide your Alien Registration Number/USCIS Number **OR** Form I-94 Admission Number:

1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____

OR

2. Form I-94 Admission Number: _____



If you obtained your admission number from CBP in connection with your arrival in the United States, include the following:

Foreign Passport Number: _____

Country of Issuance: _____

Some aliens may write "N/A" on the Foreign Passport Number and Country of Issuance fields. *(See instructions)*

Signature of Employee:	Date (mm/dd/yyyy):
------------------------	--------------------

Preparer and/or Translator Certification *(To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.)*

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

Signature of Preparer or Translator:			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



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 examine a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents" on the next page of this form. For each document you review, record the following information: document title, issuing authority, document number, and expiration date, if any.)

Employee Last Name, First Name and Middle Initial from Section 1:

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: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>3-D Barcode Do Not Write in This Space</p> </div>		
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				
Document Title:				
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.)

Signature of Employer or Authorized Representative		Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	Zip Code

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

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

C. If employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document from List A or List C the employee presented that establishes current employment authorization in the space provided below.

Document Title:	Document Number:	Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
-----------------	------------------	---------------------------------------

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.

Signature of Employer or Authorized Representative:	Date (mm/dd/yyyy):	Print Name of Employer or Authorized Representative:
---	--------------------	--

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 Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545) 3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350) 4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 5. Native American tribal document 6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Illustrations of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to Section 2 of the instructions, titled "Employer or Authorized Representative Review and Verification," for more information about acceptable receipts.

SOLICITANTE

**POR FAVOR CONSERVE EL
ADJUNTO AVISO:**

***“NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA
DE SEGURO MEDICO DEL MERCADO
Y SU COBERTURA”***

TENGA CUENTA:

**USTED NO ES ELEGIBLE PARA
SEGURO MEDICO POR MEDIO DE
CONVERGENCE EMPLOYEE
LEASING.**

Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(aducir el 31-1-2017)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfice sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También existe la posibilidad de que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre de 2013 para cobertura que comienza el 1º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura médica que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la participación en los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura médica, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico	

Si usted no es elegible para la cobertura de seguro médico a través de este empleador. Es posible que usted y su familia puedan obtener cobertura médica a través del mercado, con un nuevo tipo de crédito tributario que reduce las primas mensuales y con ayuda para abonar los costos en efectivo.