



Convergence Employee Leasing, Inc.  
9393-1 Mill Springs Drive, Jacksonville, FL 32257  
Teléfono: (904) 731-9014  
Fax 1: (904) 731-0059  
Fax 2: (904) 265-0723

# Paquete de Inscripción del Empleado

**\*\* CONFIDENCIAL \*\***

Convergence Employee Leasing, Inc. es empleador conjunto de empleados que trabajan para su Empresa Cliente. Como empleador conjunto, Convergence es el empleador de referencia para la nómina, los informes tributarios, el seguro de indemnización de los trabajadores, la gestión de reclamos y otras funciones administrativas. El empleador del lugar de trabajo es responsable por el trabajo diario de los empleados, como se indica en el Contrato de Servicio del Cliente de Convergence firmado por la Empresa Cliente.

## Instrucciones para completar este paquete

### **SE REQUIEREN ESTOS OCHO OBJETIVOS:**

- Sección 1: Información del empleado
- Sección 2: Información de preparación del empleado
- Sección 3: Declaración del empleado previa a su contratación
- Formulario W-4
- Acuerdo del Empleado de Convergence
- Reglas generales de seguridad
- Aviso de pruebas de detección de drogas y alcohol y descarga
- ID fotográfica emitida por el gobierno (es decir, licencia de conducir, tarjeta de identificación del Estado)

Recuerde: Este paquete de inscripción no deberá completarse hasta que el candidato a empleado haya recibido una oferta condicional de empleo por parte de la empresa cliente. Presente el paquete completo a Convergence **ANTES** de que el empleado comience a trabajar. El papeleo presentado anteriormente es obligatorio y debe ser recibido y aceptado por Convergence Employee Leasing, Inc. para que la persona sea un empleado elegible de Convergence Employee Leasing, Inc. Si tiene preguntas sobre esta solicitud de empleo, llame a Convergence de inmediato, (904) 731-9014.

Cuestionario médico posterior a la oferta de trabajo: No conteste este cuestionario salvo que el candidato haya aceptado la oferta condicional de empleo y no comenzó a trabajar en la empresa cliente.

#### Formulario I-9:

El empleador del sitio de trabajo/la empresa cliente debe archivar el Formulario I-9. Convergence no recibe ni guarda los Formularios I-9.

#### Formulario 1210-014:

El documento adjunto se brinda para su conveniencia. Recuerde: Convergence Employee Leasing, Inc. y sus filiales NO son responsables de brindar seguro médico y/o beneficios del seguro médico para usted y/o para su familia.

Visite nuestro sitio web para obtener el Formulario de Depósito Directo, el de Retención Estatal de Impuestos y otros formularios adicionales.

## Sección 1: Información del empleado (el empleado/candidato debe completar esta sección)

Empresa Cliente: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ IM: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. Decontacto: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Funciones del Cargo: \_\_\_\_\_  
Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Información de preparación del empleado (el empleado/candidato debe completar esta sección)

Código(s) del trabajador: \_\_\_\_\_ Descripción de cargo: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Empleado nuevo  Recontratado, Fecha recontratación: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación original c/Cliente \_\_\_\_\_  
Método y tasa de pago (*Debe cumplir con las directrices del FLSA*):  Tiempo completo  Tiempo parcial  Permanente  Por temporada  
 Por hora \$ \_\_\_\_\_  Salario anual \$ \_\_\_\_\_  Comisión  Trabajo a destajo  
¿Embargo obligatorio de propinas? (Si es así, adjunte resolución judicial)  Sí  No

Firma del Representante de la Empresa Cliente

Nombre en imprenta

Fecha

## Sección 3: Declaración del empleado previa a su contratación (el empleado/candidato debe completar esta sección)

Este formulario confirma que usted entiende la naturaleza de la relación de empleo profesional o *PEO* entre Convergence y \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo, "el Cliente"). Esta carta constituye su reconocimiento e indicación de comprensión de esa relación y de los límites de esa relación. Lea cada pregunta con atención y complete los espacios en blanco como se le pide. Coloque sus iniciales al final de cada pregunta para confirmar que la leyó y comprendió. En ese sentido, usted reconoce lo siguiente:

1. Reconozco que la tasa de pago indicada más arriba es la tasa de pago que se me prometió. x \_\_\_\_\_
2. Reconozco que, si fuera contratado por Convergence, solo recibiría un pago de Convergence mediante cheque, por trabajo que realice para el Cliente. x \_\_\_\_\_
3. Entiendo que si soy contratado por Convergence y acepto cualquier pago de salario W-2 por parte del Cliente posiblemente esté participando de fraude de indemnización del trabajador al igual que de fraude al fisco y/o fraude de pensión alimenticia. x \_\_\_\_\_
4. Reconozco no ser un contratista o subcontratista independiente. x \_\_\_\_\_
5. Reconozco y estoy de acuerdo con que si resulto lesionado mientras realizo mi trabajo para Convergence, entonces el único salario e ingreso que se utilizará para calcular los beneficios indemnizatorios del trabajador que recibiré será el ingreso que Convergence me pague por cheque o depósito directo. x \_\_\_\_\_
6. Que si resulto lesionado mientras trabajo para Convergence y el Cliente no reportó tus horas x o salario o reportó eso mal, entonces es posible que tu reclamo por indemnización del trabajador sea denegado. x \_\_\_\_\_
7. Que si soy contratado por Convergence y resulto lesionado mientras realizo un trabajo para un tercero que no sea Convergence y el Cliente, no se me considerará como un coempleado subcontratado cubierto para la indemnización del trabajador. x \_\_\_\_\_
8. Que comprendo que, si no recibo un cheque de pago semanal de parte de Convergence, no será considerado empleado de Convergence incluso si Convergence me ha enviado un cheque en el pasado. x \_\_\_\_\_

Por la presente hago constar que mi firma o rúbrica indica que confirmo que mis declaraciones previas son fieles y precisas y que la estampo libremente, sin coacción.

Nombre en letra imprenta \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# ACUERDO DEL EMPLEADO DE CONVERGENCE

Por la presente yo, el empleado que suscribe, en virtud de mi contratación por Convergence Employee Leasing, Inc. ("CEL"), como empleado subcontratado a discreción de CEL, reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:

**Empleado a discreción:** He sido contratado como empleado a discreción de CEL, una empresa de subcontratación de empleados. No existe ningún contrato de empleo que me vincule al cliente al que fui asignado, ni que me vincule a mí y a CEL, y CEL no tiene responsabilidad alguna con respecto a ningún acuerdo de trabajo. Comprendo y estoy de acuerdo con que tanto CEL como yo puede terminar la relación de trabajo en cualquier momento, dado que soy un empleado a discreción de CEL. Asimismo, comprendo y estoy de acuerdo con que mi empleo continuo por parte del cliente al que fui asignado es un requisito esencial para ser empleado de CEL, y que, si mi empleo con el cliente al que fui asignado terminara, mi empleo con CEL también cesaría de inmediato en ese momento.

**Coempleo:** Comprendo y estoy de acuerdo con que CEL no tiene control sobre mi lugar de trabajo y, por tanto, no se encuentra en posición para remediar ningún tipo de discriminación, acoso o represalia que pueda estar sucediéndose. La responsabilidad de resolver y/o poner fin a tales conductas inapropiadas es de la empresa cliente. No obstante, CEL intentará facilitar una resolución al conflicto.

**Beneficios:** Asimismo, estoy de acuerdo con que mientras que sea empleado subcontratado de CEL, si CEL no recibe un pago del cliente por los servicios que realizo como empleado subcontratado, de todos modos, CEL me pagará la tasa mínima aplicable (o el salario mínimo estipulado por la ley) para el periodo de pago, y estoy de acuerdo con este método de indemnización. Comprendo y estoy de acuerdo con que CEL no tiene obligación alguna de pagarme cualquier otra indemnización o beneficio salvo que CEL haya adoptado la obligación del cliente de cubrir dicha indemnización o beneficio de forma específica y mediante acuerdo escrito celebrado conmigo. Comprendo que el cliente al que fui asignado está obligado en todo momento a pagar mi tasa de pago por hora habitual si soy un empleado no exento y a pagar mi salario completo si soy un empleado exento, incluso si CEL no recibe el pago del Cliente al que estoy asignado. Comprendo y estoy de acuerdo con que CEL no asume responsabilidad por el pago de bonos, comisiones, indemnización por despido, indemnización aplazada, vacaciones, tiempo por enfermedad o por pagos de otros tiempos libres o de otra índole, cuando el cliente al que fui asignado no haya realizado el pago de dichos rubros a CEL.

**Desempleo:** Se me informó y acepto que, si mi empleo con cualquier cliente de CEL al que fui asignado terminara por motivo alguno, debo reportarme con CEL dentro de las **setenta y dos (72) horas** del suceso para una posible reasignación y que es posible que se me nieguen los beneficios de desempleo si no observo este requisito.

**Indemnización del trabajador:** En reconocimiento del hecho de que toda lesión vinculada al trabajo que yo pueda experimentar queda cubierta bajo los estatutos estatales de indemnización del trabajador, a modo de evitar el incumplimiento de dichos estatutos estatales que puede resultar en demandas contra los usuarios o clientes de CEL o contra CEL por motivo de dicha lesión o lesiones, y en la medida en que así lo permita la ley, por la presente libero y para siempre renuncio a mis derechos de realizar reclamos o entablar demandas contra cualquier usuario o cliente de CEL o contra CEL por cuenta de lesiones cubiertas en virtud de dichos estatutos de indemnización del trabajador. **Asimismo, acuerdo notificar a CEL dentro de las 24 horas de haber resultado lesionado en el trabajo, y cumplir con cualquier política de detección de drogas que CEL pueda adoptar, y, en especial, si así lo permite la ley, estoy de acuerdo con someterme a pruebas de detección de drogas luego del accidente dentro de las 24 horas de haberse suscitado. Comprendo y acuerdo que, si soy aceptado como empleado subcontratado de CEL, se me prohíbe expresamente realizar trabajos fuera del estado de Florida para el cliente mientras que sea empleado subcontratado, salvo cuando se permita en virtud de la política de indemnización del trabajador que me brinda CEL o salvo que CEL y la aseguradora de indemnización del trabajador de CEL así lo permita por escrito.** Si trabajara para el cliente fuera del estado de Florida sin antes conseguir dicha aprobación, comprendo que no seré empleado subcontratado de CEL y es posible que no reciba beneficios de indemnización del trabajador a través de CEL o de su aseguradora de indemnización del trabajador. En caso de no haber recibido autorización previa tal y como se dispone en el presente documento, mi empleo subcontratado con CEL se considerará inmediatamente terminado cuando comience mi viaje fuera del estado de Florida para realizar trabajo para el cliente. Asimismo, comprendo que bajo ninguna condición recibiré indemnización por tratamiento no autorizado alguno recibido a causa de una supuesta lesión, salvo que las supuestas lesiones pongan en riesgo mi vida. A su vez, comprendo y acuerdo que me someteré a pruebas de detección de drogas y alcohol si causo o contribuyo a causar una lesión en el trabajo, ya sea que la lesión sea propia o de terceros. También comprendo que si me negara a someterme a dicha prueba de detección de drogas y alcohol bajo las condiciones indicadas podría resultar inmediatamente despedido.

**Discriminación y acoso:** Asimismo, también acuerdo que si en cualquier momento durante mi empleo soy sujeto de cualquier tipo de discriminación, lo que comprende discriminación basada en mi etnia, sexo, edad, información genética, religión, color, represalia, nacionalidad, impedimento, discapacidad o estado civil, o si soy sujeto a cualquier tipo de acoso, lo que comprende el acoso sexual, contactaré a un individuo pertinente de la empresa cliente a la que fui asignado de inmediato. En la mayoría de los casos, la persona pertinente será el director de la empresa cliente. En caso de que decida no contactar a la empresa cliente por algún motivo, puedo contactar a la dirección de recursos humanos de CEL llamando al (904) 731- 9014 para obtener ayuda para resolver estos problemas.

**Nombre en imprenta del candidato:** \_\_\_\_\_ **No. Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Firma del candidato:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# REGLAS GENERALES DE SEGURIDAD

1. La seguridad en el trabajo es responsabilidad de todos los empleados. A menudo, lograr seguridad en el trabajo se trata de aplicar sentido común a una situación. Utilice el buen sentido común y manténgase alerta en su trabajo en todo momento.
2. **De reportar todas las lesiones a su supervisor de inmediato, sin importar lo leves que sean. Será necesario someterse a una prueba de detección de drogas dentro de las 24 horas de sucedida la lesión en el trabajo. Si su resultado es positivo para drogas ilegales, usted será despedido y es posible que pierda sus beneficios de indemnización del trabajador.**
3. Si ocurre una lesión, utilice las instalaciones médicas aprobadas por la empresa. Todo otro tratamiento médico correrá por su cuenta.
4. Los empleados que se encuentren bajo la influencia de drogas o alcohol mientras están en el trabajo serán despedidos de inmediato. Los empleados que tomen medicación recetada deben indicarle esto a su supervisor antes de comenzar su turno.
5. Si cuando se presente a trabajar se siente enfermo o alterado emocionalmente por problemas personales, hable con su jefe de planta/supervisor antes de comenzar a trabajar.
6. Informe a su supervisor de inmediato sobre cualquier condición insegura, sin importar que esa condición no le afecte directamente.
7. Si en algún momento no está seguro de cómo realizar el trabajo que le indicaron que debía hacer: **DETÉNGASE Y HABLE CON SU SUPERVISOR.** Es por su seguridad y por la de sus colegas.
8. No comience a trabajar o a operar maquinaria sin estar debidamente autorizado y no tener conocimiento de seguridad. Nunca opere maquinaria sin guardas u otros dispositivos de seguridad.
9. No intente reparar o manipular indebidamente el equipo cuando no está funcionando correctamente. Informe de inmediato a su supervisor de la condición.
10. Todo empleado al que se le provee equipo de seguridad deberá utilizar ese equipo mientras realice el trabajo para el que se le dio dicho equipo.
11. Es preciso observar buenas prácticas de limpieza en todo momento. Esto significa tener herramientas limpias, pisos secos, áreas de trabajo ordenadas y materiales correctamente organizados.
12. Utilice el método correcto para levantar objetos. Levante haciendo fuera con las piernas, no con la espalda. Si una carga es demasiado pesada o difícil de manipular, solicite asistencia.
13. Todas las herramientas y cables de alimentación eléctrica deben tener un tercer cable con conexión a tierra. No utilice herramientas y cables de alimentación eléctrica sin conexión a tierra. Las herramientas con doble aislamiento deben marcarse.
14. No utilice líquidos inflamables, materiales tóxicos, químicos o ácidos salvo que haya sido autorizado y capacitado en los procedimientos adecuados.
15. No fume en lugares no designados específicamente como áreas para fumar.
16. Todos los empleados que manejan o sean pasajeros de vehículos mientras realizan trabajo para la empresa deben utilizar el cinturón de seguridad en todo momento.
17. Obedezca todas las señales de seguridad y advertencia en todo momento.
18. Brindar información falsa o fraudulenta al reportar una lesión es un delito grave de tercer grado y resultará en su despido y en la denegación de beneficios por pérdida de salario por causas médicas.

**Leí estas reglas (o alguien me las leyó), las comprendo, y las obedeceré por mi propio beneficio.**

**Nombre en imprenta del candidato:** \_\_\_\_\_ **No. Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Firma del candidato:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del supervisor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Quando se suscite una lesión porque el empleado rechace deliberadamente el uso del equipo de seguridad o porque no obedezca las reglas de seguridad, es posible que los beneficios de indemnización se vean reducidos en un 25% (Estatuto de Florida 44.09.(4))*

# AVISO DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL Y DESCARGA

El uso de drogas ilegales y el abuso de alcohol son problemas que invaden el lugar de trabajo y ponen en peligro la salud y seguridad de quienes abusan de esas sustancias y de quienes trabajan con ellos. Esta Empresa sostiene el compromiso de crear y mantener un lugar de trabajo libre de abuso de sustancias sin poner en riesgo la preciada seguridad laboral de los empleados. Para tratar este problema, nuestra Empresa desarrolló una política sobre el uso de drogas ilegales y el abuso de alcohol que consideramos sirve los intereses de todos los empleados de la mejor manera. Para obtener una copia de esta política, refiérase a su empleador del "sitio de trabajo". Nuestra política indica de manera clara y formal que no se tolerará el uso de drogas ilegales y el abuso de alcohol o de fármacos recetados. A modo de mantener nuestra política, implementamos pruebas de detección de drogas previas a la contratación y para nuestros empleados activos. Esta política fue diseñada con dos objetivos básicos en mente:

1. Los empleados merecen trabajar en un entorno libre de los efectos de las drogas y de los problemas asociados a su uso, y
2. Esta Empresa tiene la responsabilidad de mantener un lugar de trabajo sano y seguro.

A modo de ayudarnos a mantener un lugar de trabajo sano y seguro, creamos un Programa de Asistencia al Empleado (o *EAP* por sus siglas en inglés). El *EAP* brinda a los empleados y a sus familias evaluaciones y derivaciones confidenciales, y un seguimiento de problemas personales o de salud.

Para ayudarnos a crear un lugar de trabajo sano y seguro, contamos con un archivo de recursos sobre múltiples medios de asistencia al empleado disponibles en nuestra comunidad, lo que comprende, entre otros, programas sobre abuso de drogas y alcohol. Se alienta a que los empleados utilicen este archivo de recursos, ubicado en [insertar dónde]. Adicionalmente, distribuiremos esta información a los empleados para su uso confidencial. Aquel empleado cuya conducta viole la Política de Abuso de Sustancias de la Empresa (\*y que no acepte la ayuda que ofrecemos bajo el programa *EAP*) será sujeto a medidas disciplinarias que pueden devenir, incluso, en su despido. Considero importante que trabajemos juntos para que esta Empresa sea un lugar libre de drogas, y sea un entorno en el que trabajar seguro y gratificante.

## DESCARGO DE PRUEBA DE DETECCIÓN DE DROGAS PREVIA A LA CONTRATACIÓN

Por la presente, acepto someterme a pruebas de detección de drogas y/o alcohol determinadas por Convergence Employee Leasing, Inc. y sus filiales durante el proceso de selección de los candidatos a empleo a modo de determinar si consumí drogas y/o alcohol.

Acepto que Convergence Employee Leasing, Inc. asignará una clínica o médico específico que podrá recolectar muestras para esas pruebas y analizarlas de estar calificado para hacerlo, o bien podrá recolectarlas y enviarlas a un laboratorio licenciado o autorizado designado por la empresa para realizar el análisis. Asimismo, estoy de acuerdo y por la presente autorizo a que los resultados sean divulgados a Convergence Employee Leasing, Inc.

Comprendo que mi uso actual de drogas ilegales puede ser un impedimento para que sea contratado por esta Empresa.

También estoy de acuerdo en que la copia de este consentimiento previo al empleo y formulario de descargo tendrán la misma validez y el mismo efecto que el original. Leí el contenido previo con atención y comprendo plenamente su contenido. Reconozco que firmo este formulario de consentimiento y descarga de forma voluntaria y que no he sido sometido a coerción por parte de nadie para que firmara este documento.

Nombre en imprenta del candidato: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma del candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Voluntario: Cuestionario médico posterior a la oferta de trabajo: *Marque el recuadro que corresponde*

Complete este cuestionario luego de que el candidato haya aceptado la oferta condicional de empleo y antes de que haya comenzado a trabajar para la antemencionada empresa cliente. Al completar este formulario, el candidato verifica que la empresa que se indica a continuación ya le realizó una oferta condicional de trabajo.

## 1. ¿Alguna vez sufrió una lesión vinculada al trabajo O presentó un reclamo por indemnización del trabajador en el pasado?

No (en caso negativo, pase a #2)  Sí (en caso afirmativo, indique las lesiones vinculadas al trabajo abajo o en una hoja adjunta) Parte(s) del cuerpo afectada(s): \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

Estado del reclamo:  Abierto  Cerrado Restricciones para el trabajo:  No  Sí En caso afirmativo, indique las restricciones: \_\_\_\_\_

## 2. ¿Alguna vez experimentó o recibió tratamiento por...?

Sí  No Asma

Sí  No Rinitis alérgica

Sí  No Dolores de cabeza de migraña

Sí  No Diabetes

Sí  No Lesión en la cabeza

Sí  No Daltonismo

Sí  No Miedo a las alturas

Sí  No Amputación de pie, pierna, brazo o mano

Sí  No Problemas cardíacos

Sí  No Pérdida de la vista en uno o ambos ojos

Sí  No Desmayos o mareos

Sí  No Parálisis cerebral

Sí  No Hinchazón de piernas o tobillos

Sí  No Esclerosis múltiple

Sí  No Sarpullidos en la piel o eczema

Sí  No Parkinson

Sí  No Problemas renales

Sí  No Depresión

Sí  No Problemas de rodilla

Sí  No Hiperinsulinemia (hipoglicemia)

Sí  No Enfermedad pulmonar (pulmón)

Sí  No ¿Sufre de pérdida parcial de la audición?

Sí  No ¿Necesita lentes para leer o para ver a la distancia?

Sí  No ¿Problemas en las muñecas, incluyendo el Síndrome de Túnel Carpiano?

Sí  No Anquilosis (inmovilidad) en las grandes articulaciones que soportan peso (tobillos, rodillas, cadera)

Sí  No Secuelas por compresión de aire (daño a los pulmones, perforación del tímpano, etc., causado por una explosión, onda de choque, etc.)

Sí  No ¿Alguna vez se hizo un audiograma (prueba de audición)? En caso afirmativo, indique resultados \_\_\_\_\_

Sí  No Dolor en las articulaciones o artritis

Sí  No Trastorno cardiovascular

Sí  No Epilepsia

Sí  No Tuberculosis

Sí  No Cáncer

Sí  No Discapacidad intelectual

Sí  No Venas varicosas

Sí  No Hemofilia

Sí  No Anemia de células falciformes

Sí  No Infección ósea crónica

Sí  No Tendinitis

Sí  No Distrofia muscular

Sí  No Trastorno de movimiento repetitivo

Sí  No Hernia de disco

Sí  No Rigidez en las grandes articulaciones que soportan peso

Sí  No Problemas o tratamiento por nervios

Sí  No Dolor de espalda

Sí  No Dolor en el cuello

Sí  No Dolor en las manos

Sí  No Trastornos mentales

- Sí  No ¿Huesos rotos? ¿Qué huesos? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Presión alta? En caso afirmativo: ¿toma medicamentos para controlar la presión alta?  Sí  No
- Sí  No ¿Lesiones graves? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Naturaleza de la lesión \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Hernia o desgarro? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Dolor o problemas en el cuello? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Lesión en la espalda? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Cirugía? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ ¿Tipo? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Alguna vez se negó a someterse a cirugía? En caso afirmativo, ¿por qué? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Reacciones alérgicas a medicamentos? ¿A qué medicamentos? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Pérdida parcial de la vista sin corregir de más del 75% a nivel bilateral?
- Sí  No ¿Discapacidad psiconeurótica luego de estar confinado para recibir tratamiento en una institución médica o psiquiátrica durante más de seis meses?
- Sí  No ¿Trastorno permanente que impide el 20% de un pie, pierna, mano, o brazo, o que impide el cuerpo en su totalidad?
- Sí  No ¿Participa o participó durante el último año en uso recreativo de drogas?
- Sí  No ¿Alguna vez participó de un programa para el tratamiento de abuso de drogas? ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Toma medicamentos recetados en la actualidad? En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Tiene algún trastorno o sufrió alguna lesión que pudieran afectar su capacidad para cumplir con las funciones de este puesto de trabajo sin hacer cambios razonables?

**¿Alguna vez le negaron un empleo o no pudo mantener su empleo por...?**

- Sí  No Sensibilidad al polvo
- Sí  No Incapacidad para realizar ciertos movimientos
- Sí  No Incapacidad para colocarse en ciertas posiciones
- Sí  No ¿Otros motivos médicos? \_\_\_\_\_
- Sí  No Estime la cantidad de días de trabajo que perdió en los últimos dos años. \_\_\_\_\_

Indique el nombre de los doctores que consultó durante los últimos dos años. Indique primero el nombre de su médico general.

\_\_\_\_\_

*Nuestra aseguradora de indemnización del trabajador puede verificar reclamos previos por nombre y número de seguro social. Si usted presentó algún reclamo o tuvo una lesión previa y no nos informa de ello, es posible que se le nieguen los beneficios de forma legítima en caso de sufrir una nueva lesión en virtud de la Sentencia de Georgia Elec. Co. v. Rycroft. Para su propia protección y correcta atención médica, háganos saber de toda lesión previa sostenida.*

**Nombre del empleado en letra imprenta:** \_\_\_\_\_ **No. Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Altura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del supervisor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Verificación de Elegibilidad de Empleo  
 Departamento de Seguridad Nacional  
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS  
 Formulario I-9  
 No. OMB 1615-0047  
 Vence 31/10/2022

► **EMPIECE AQUI:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

**AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION:** Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores NO pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

**Sección 1. Información del Empleado y Declaración (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 Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	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						

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS):

<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (Vea las instrucciones) Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____	Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio
--	--

Firma del Empleado	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
--------------------	----------------------------------

**Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):**

No utilicé un preparador o traductor       Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1  
 (Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado
		Código Postal	



El Empleador Completa la Siguiete Página







**Verificación de Elegibilidad de Empleo**  
**Departamento de Seguridad Nacional**  
**Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos**

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 No. OMB 1615-0047  
 Vence 31/10/2022

**Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado**  
 (Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		<b>Información Adicional</b>		Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ (Vea las instrucciones para excepciones)

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	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	Código Postal

**Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones (Para ser completado y firmado por el empleador o representante).**

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontratación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	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 los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo

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

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A  
o una combinación de una selección de la Lista B y uno de selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la 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. 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 la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el FSM o RMI	O  Y	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. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional
	1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 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. 3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo 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	

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.



# Nueva Cobertura de Health Insurance Marketplace

Formulario aprobado  
Oficina de Gestión y  
Presupuesto No. 1210-0149  
(Vence 30-06-2023)

## PARTE A: Información General

Cuando algunas partes centrales de la ley de atención médica entren en vigor en 2014, contaremos con una nueva forma de adquirir seguros médicos: El Health Insurance Marketplace. A modo de ayudarle a evaluar las opciones que existen para usted y su familia, esta notificación le brindará información básica sobre el nuevo Marketplace.

### ¿Qué es el Health Insurance Marketplace?

El Marketplace está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que se ajuste a sus necesidades y su presupuesto. El Marketplace le ofrece una “ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados. Es posible que usted también cumpla con los requisitos para un nuevo tipo de crédito fiscal que disminuye su prima mensual de inmediato. Las inscripciones abiertas para la cobertura de seguro médico a través del Marketplace comienzan en octubre de 2013 para una cobertura que comience a partir del 1 de enero de 2014.

### ¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de Seguro Médico en el Marketplace?

Es posible que usted cumpla con los requisitos para ahorrar dinero y bajar sus primas mensuales, pero solo si su empleador no le ofrece cobertura, o le ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros para los que puede calificar en sus primas dependen de los ingresos de su hogar.

### ¿Afecta la cobertura médica que brinda mi empleador mi elegibilidad para ahorrar en primas en el Marketplace?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que cumple con ciertos estándares, usted no será elegible para obtener crédito fiscal a través del Marketplace y es posible que decida utilizar el plan de cobertura médica de su empleado. Sin embargo, es posible que usted sea elegible para obtener un crédito fiscal que baja su prima mensual, o reduce el reparto de costos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o si no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo del plan que le ofrece su empleador para cubrirlo (y que no cubre a ningún miembro de su familia) está por encima del 9,5% de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura que brinda su empleado no cumple el estándar de “valor mínimo” estipulado en la Ley de Cuidad de Salud Accesible (*ACA* por sus siglas en inglés), es posible que usted sea elegible para obtener un crédito fiscal.<sup>1</sup>

**Recuerde:** Si usted adquiere un plan de salud a través del Marketplace en vez de aceptar la cobertura de salud que le ofrece su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si la hubiera) para la cobertura que le ofrece su empleador. Asimismo, la contribución del empleador, al igual que su contribución como empleado para la cobertura que le ofrece su empleador, a menudo queda excluida de los ingresos federales y estatales a la hora de declarar impuestos. Sus pagos para la cobertura hechos en el Marketplace se realizan sobre una base después de los impuestos.

### ¿Dónde puedo obtener más información?

El Marketplace puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, lo que comprende su elegibilidad para la cobertura a través del Marketplace y su costo. Para más información, visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov), donde encontrará también un formulario en línea de solicitud de cobertura de seguro médico e información de contacto del Health Insurance Marketplace ubicado en su área.

## PARTE B: Información sobre la cobertura de seguro médico brindada por su empleador

Esta sección presenta información sobre la cobertura de seguro médico brindada por su empleador. Si usted decide completar esta solicitud de cobertura en el Marketplace, le pediremos que nos brinde esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Marketplace.

3. Nombre del empleador CONVERGENCE EMPLOYEE LEASING		4. Número de identificación del empleador ( <i>EIN</i> por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador 9393-1 Mill Springs Dr		6. Teléfono del empleador 904-731-9014	
7. Ciudad Jacksonville	8. Estado: FL	9. Código postal 32257	
10. ¿A quién podemos contactar en ese lugar? HUMAN RESOURCES DEPARTMENT			
11. Teléfono (si no es el mismo que el anterior)		12. Correo electrónico	

**Usted no cumple con los requisitos para obtener cobertura de seguro médico a través de este empleador.** Es posible que usted y su familia obtengan cobertura de seguro médico a través del Marketplace, con un nuevo tipo de crédito fiscal que disminuye sus primas mensuales y con la ayuda de gastos por cuenta propia.

<sup>1</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el “estándar de valor mínimo” si la parte que cubre el plan según el beneficio permitido de cobertura de gastos no es menor al 60% del costo total del plan.

# Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

# 2021

<b>Paso 1:</b> <b>Anote su información personal</b>	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	<b>(b) Su número de Seguro Social</b>
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		▶ <b>¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta?</b> 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 <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> <b>Soltero o Casado que presenta una declaración por separado</b> <input type="checkbox"/> <b>Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos</b> <input type="checkbox"/> <b>Cabeza de familia</b> (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

**Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5.** Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) y conocer acerca de su privacidad.

**Paso 2:** Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4); **o**

(b) Utilice la Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada; **o**

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario . . . . . ▶

**CONSEJO:** Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

**Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo UNO de sus empleos.** Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

<b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de dependientes</b>	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . ▶ \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . ▶ \$ _____ Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo).</b> 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 . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> 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 . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

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

<b>Para uso exclusivo del empleador</b>	Nombre y dirección del empleador CONVERGENCE EMPLOYEE LEASING 9393-1 Mill Springs Dr Jacksonville, FL 32257	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	--	-------------------------	--