

Midwest Demolition Company

Aplicación

Nombre: _____

Para el uso de la oficina

Fecha de contratación: _____

Salario: _____

Puesto a ocupar: _____

Ubicación del Proyecto: _____

Comentarios: _____

Fecha: _____

MWE Services dba Midwest Demolition
Aplicación de Empleo

Información Personal

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento _____
Numero de Seguridad Social: _____ La fecha que Usted puede comenzar: _____
Correo Electrónico: _____
¿Ha sido Usted condenado por un crimen grave? Si No
En caso de que Si, Por favor explique: _____
¿Tiene Usted disponibilidad de viajar fuera del Estado desde 1 hasta 12 semanas? Si No

Puesto solicitado: _____
¿Está Usted empleado en este momento? Si _____ No _____
¿Puede usted hablar algún idioma extranjero con fluencia? Si _____ No _____ ¿Cual Idioma? _____
¿Tiene usted autorización para trabajar en Los Estados Unidos? Si _____ No _____
¿Dónde escucho Usted acerca de la Compañía? (encierra en un círculo la opción que aplique)
Amigo _____ Sitio de Internet _____ Anuncio de afuera _____

Empleos Anteriores

Nombre de la compañía	El salario	La posición	Cuanto Tiempo

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia ponerse en contacto con: _____
El número de telefono: _____ Qué relación tiene con Usted _____

Ambiente de trabajo

¿Eres capaz de trabajar desde una escalera o un ascensor? **Si** **No**

¿Eres capaz de trabajar dentro/interiores y fuera/exteriores? **Si** **No**

¿Tiene experiencia utilizando motosierras y taladros? **Si** **No**
Si su respuesta es SI, describa la herramienta:

¿Eres capaz de cargar hasta 50 libras? **Si** **No**

¿Tienes alguna restricción para viajar? **Si** **No**
Si su respuesta es SI, explique:

¿Sabes cómo operar un bobcat o una cargadora? **Si** **No**

¿Sabes cómo hacer funcionar un ascensor (brazo/tijera)? **Si** **No**

¿Tiene alguna certificación tal como Osha 10 horas/Operador/conocimiento en asbesto/certificación en Andamios o cualesquier otra certificación que usted considere que deberíamos tener en cuenta?

Si **No**

Si su respuesta es SI, especifique cual:

(Una copia puede ser solicitada al momento de la contratación)

¿Sabes cómo operar una antorcha para cortar? **Si** **No**

¿Alguna vez ha trabajado en el andamio? **Si** **No**

¿Si es necesario puede de trabajar los sábados o domingos? **Si** **No**

¿Tiene alguna lesión previa o enfermedades que puedan afectar sus actividades diarias? **Si** **No**
En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene botas con punta de acero? **Si** **No**

¿Tiene una licencia de conducir válida? **Si** **No**

¿Tiene alguna aptitud/habilidad que piense que serán de valor para nuestra empresa? **Si** **No**
Por favor describa:

ACUERDO DE EMPLEADOS Y CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DROGAS Y/O ALCOHOL

Yo estoy de acuerdo a someterme a una prueba de drogas o alcohol y dar una muestra de mi orina, y/o de sangre para su análisis por solicitud hecha bajo la política de pruebas de drogas/alcohol de Midwest Demolición Co. Entiendo y acepto que si en cualquier momento me niego a someterme a una prueba de drogas o alcohol en virtud de la política de la empresa, o si de lo contrario no llego a cooperar con los procedimientos de prueba, voy a estar sujeto a la terminación inmediata. Así mismo, autorizo y doy permiso completo a la compañía Midwest Demolition y/o los médicos correspondientes, enviar el espécimen o especímenes colectados a un laboratorio para una prueba de detección de la presencia de sustancias prohibidas en virtud de la política de la compañía; también al laboratorio u otra instalación de pruebas para liberar cualquier y toda la documentación relacionada con dicha prueba para la compañía Midwest Demolition y/o a cualquier entidad gubernamental involucrada en un proceso legal o una investigación relacionada con la prueba.

Entiendo que los oficiales de la compañía, empleados y agentes solamente debidamente autorizados, tendrán acceso a la información proporcionada u obtenida en relación con la prueba; que van a mantener y proteger la confidencialidad de esa información en la mayor medida posible; y que van a compartir dicha información sólo en la medida necesaria para tomar decisiones de empleo y para responder a las consultas o avisos de entidades gubernamentales.

Voy a mantener indemne a la Compañía , su médico de la compañía , y cualquier laboratorio de análisis que la empresa pudiera utilizar, lo que significa que no voy a demandar o mantener responsables dichas partes para cualquier supuesto daño a mí que pudieran derivarse de dicha prueba, incluyendo la pérdida de empleo o cualquier otro tipo de acción laboral adversa que pueda surgir como resultado de la prueba de drogas o alcohol , aun cuando un representante de la empresa o en el laboratorio se cometa un error en la administración o el análisis de la prueba o la comunicación de los resultados, siempre y cuando la divulgación o uso de la información este dentro del alcance de esta política y los procedimientos, como se explica en el párrafo anterior.

Esta política y autorización han sido explicados en un lenguaje que yo entiendo, y me han dicho que si tengo alguna pregunta sobre la prueba o la política, serán contestadas.

ENTIENDO QUE LA EMPRESA REQUERIRA UNA PRUEBA DE DROGAS Y/O PRUEBA DE ALCOHOL EN VIRTUD DE ESTA POLÍTICA, CADA VEZ QUE ESTE INVOLUCRADO DE ALGUNA MANERA EN CUALQUIER ACCIDENTE DE TRABAJO O DE LESIÓN BAJO CIRCUNSTANCIAS QUE SUGIERAN LA PARTICIPACIÓN POSIBLE O INFLUENCIA DE DROGAS O ALCOHOL EN EVENTOS DE ACCIDENTES O LESIONES Y YO ACEPTO SOMETERME A DICHAS PRUEBAS.

Firma del Empleado

Fecha

Nombre del Empleado

Pre-Screening Notice and Certification Request for the Work Opportunity Credit

► Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.

Job applicant: Fill in the lines below and check any boxes that apply. Complete only this side.

Your name _____ Social security number ► _____

Street address where you live _____

City or town, state, and ZIP code _____

County _____ Telephone number _____

If you are under age 40, enter your date of birth (month, day, year) _____

- 1 Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.

- 2 Check here if **any** of the following statements apply to you.
 - I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a. Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b. Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.

- 3 Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.

- 4 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.

- 5 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.

- 6 Check here if you are a member of a family that:
 - Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.

- 7 Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

Signature—All Applicants Must Sign

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

Job applicant's signature ► _____

Date _____

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: <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <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. </td> </tr> </table>	{	<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 _____
{	<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. 			
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 dos a 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.**

- 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 style="font-size: 2em;">2017</h1>				
1 Su primer nombre e inicial del segundo		2 Su número de Seguro Social				
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		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".				
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		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"/>				
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)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">\$</td> </tr> </table>	5		6	\$
5						
6	\$					
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago						
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • 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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> </table>	7			
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). ►						
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)				



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
 Expire 31/08/2019

► **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 un individuo 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: _____ ○ 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ ○ 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____	Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

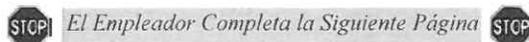
Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

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



MANCON
TAX INCENTIVE SERVICES

*P.O. Box 24001
Greenville, SC 29616-9919
(864)458-8868
1-800-688-8582
Fax (864) 458-8851*

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION

Yo, _____

(# de Seguro Social) _____ (Fecha de Nacimiento) _____

Por medio del presente solicito y autorizo: Mancon, Inc. Para obtener de:

D
E
J
A

E
N

B
L
A
N
C
O

Nombre de la Agencia o Persona con la información

Dirección

La siguiente información de mis records:

Para propósito de Certificación de Oportunidad de Crédito Fiscal.

Por la presente autorizo a Mancon actuar en mi nombre para hacer lo que sea necesario para obtener una certificación WOTC en mi nombre. Toda la información que se obtenga de esta agencia será estrictamente confidencial y no puede ser liberada por el beneficiario, excepto en el curso de la recuperación de la certificación WOTC. Entiendo que esta autorización se mantendrá vigente durante el período necesario para completar todas las transacciones en las cuentas relacionadas con los servicios prestados a mí.

Entiendo, a menos que de otro modo sea limitado por el estado o la reglamentación federal, y salvo en la medida en que esa acción ha sido tomada la cual fue basaba en mi consentimiento, puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Fecha

Fecha

Firma del Empleado

Firma del Testigo (Titulo)

Consentimiento para la divulgación de Información

Usted debe completar todos los campos requeridos. Nosotros no vamos a cumplir con su solicitud a menos que todos los campos requeridos estén completos. (* significa un campo requerido).

PARA: Administración de la Seguridad Social

*Mi nombre completo

*Mi fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)

*Mi # de Seguridad Social

Yo autorizo a la Administración de Seguridad Social divulgar información o records acerca de mi a:

*NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:

*DIRECCION DE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN:

MANCON

P.O. BOX 24001

GREENVILLE, SC 29616

*Yo quiero que esta información sea divulgada porque: CERTIFICACION DE OPORTUNIDAD DE CREDITO FISCAL

MANCON PAGARA CUALQUIER QUOTA

*Por favor divulgar la información seleccionada de la lista siguiente:

Usted debe especificar los records que usted está solicitando checando al menos uno de los cuadros. Nosotros no cumpliremos con la solicitud "cualquiera y todos los records" o "todo mi archivo". Así mismo, tampoco divulgaremos información a menos que incluya los rangos de fechas en donde sea requerido.

- 1. Numero de Seguridad Social
2. Cantidad mensual actual de prestaciones de Seguridad Social
3. Cantidad mensual actual de Ingreso Suplementario de Seguridad
4. Mis prestaciones o cantidad de pago a partir de hasta
5. Mi derecho de Medicare a partir de hasta
6. Historial Médico de mis reclamaciones a partir de hasta
Si Usted quiere que divulguemos la información de un menor, no use esta forma. Contacte su oficina de Seguridad Social directamente.
7. Historial Médico completo de mis reclamaciones
8. Otros records de mi archivo (usted debe especificar que records, por ejemplo: reporte médico, aplicación, o cuestionario)

Yo soy la persona, a quien corresponde la información o registro solicitado, o el padre o tutor legal de un menor, o el tutor legal de un adulto legalmente incompetente. Declaro bajo pena de falso testimonio (28 CFR 16.41 (d) (2004) que he examinado toda la información en este formulario, y cualquier declaración o formulario adjunto, y es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente busca u obtiene acceso a los archivos de otra persona de manera fraudulenta se castiga con una multa de hasta \$ 5.000. También entiendo que tengo que pagar todas las tarifas aplicables para la solicitud de información con fines no relacionados con el programa.

*Firma: Fecha:

Parentesco (si no es la persona del registro): Telefono de dia:

**CUESTIONARIO CONFIDENCIAL PARA OPORTUNIDAD DE CRÉDITO
FISCAL
MIDWEST DEMOLITION COMPANY MDC 01 LINCOLN, NE**

Nombre del empleado: _____

de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (NO P.O. Box): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

El condado en el que vive: _____

**POR FAVOR LEA Y RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. ESTO ES PARA
CREDITO FISCAL PARA LA COMPANIA UNICAMENTE Y NO AFECTARA SU
EMPLEO EN LO ABSOLUTO**

- 1) ¿Alguna vez ha participado en un programa de formación vocacional y/o rehabilitación laboral estatal o de veteranos? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #1, por favor conteste lo siguiente:

a) ¿Cuándo estuvo Usted en el programa de Rehabilitación Vocacional? _____

Por favor mencione el nombre del Programa, la Ciudad y Estado donde se llevó a cabo (por favor incluya la dirección y número de teléfono si lo sabe):

Nombre del Programa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

- 2) ¿Ha recibido alguna ayuda por discapacidad (SSI) en los últimos tres meses? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #2, por favor conteste lo siguiente:

a) ¿Fue la ayuda por incapacidad para usted y no para un niño? **Sí / No**

3) ¿Has estado en el Servicio Militar Activo? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #3, por favor conteste lo siguiente:

- a) ¿En qué rama del Servicio Militar estuvo? _____
- b) ¿Aproximadamente cuando usted entró al servicio militar? _____
- c) ¿Aproximadamente cuando se retiró? _____
- d) ¿Cuál era su nivel al momento de su retiro? _____
- e) ¿Tiene usted una discapacidad militar? **Sí / No** ¿Qué porcentaje? _____
- f) ¿Puede proporcionar a la oficina de recursos humanos con una copia de su DD214?
Sí / No
- g) ¿Ha Usted recibido beneficio de pago por desempleo en los últimos seis meses? **Sí/ No**

Si su respuesta es sí al inciso anterior, por favor conteste lo siguiente:

Aproximadamente en que fechas recibió el beneficio por pago por desempleo:

De _____ Hasta _____

Ciudad: _____ Estado _____

- h) ¿Ha usted o cualquier integrante de su familia recibido apoyo del programa de asistencia nutricional (SNAP) en los últimos 12 meses? **Sí / No**

Si su respuesta es sí al inciso anterior, por favor conteste lo siguiente:

¿A nombre de quien viene la asistencia? _____

¿En qué Ciudad y Estado es la asistencia recibida? _____

- 4) ¿Tiene Usted o cualquier miembro de la familia en su hogar recibido estampillas de alimentos o asistencia del programa nutricional (SNAP) en los últimos 6 meses? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #4, por favor conteste lo siguiente:

a) ¿A nombre de quien viene la asistencia (SNAP)? _____

b) ¿En qué Ciudad y Estado es la asistencia (SNAP) recibida? _____

c) ¿Hay niños incluidos en la ayuda (SNAP)? **Sí / No**

- 5) ¿Tiene Usted o cualquier miembro de la familia en su hogar recibido apoyo del programa de asistencia para familias necesitadas (TANF) en los últimos 12 meses? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #5, por favor conteste lo siguiente:

a) ¿A nombre de quien viene la asistencia (TANF)? _____

b) ¿En qué Ciudad y Estado es la asistencia (TANF) recibida? _____

c) ¿Hay niños incluidos en la ayuda (TANF)? **Sí / No**

6) ¿Ha Usted recibido beneficio de pago por desempleo en los últimos seis meses? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #6, por favor conteste lo siguiente:

Aproximadamente en que fechas recibió el beneficio por pago por desempleo:

De _____ Hasta _____

Ciudad: _____ Estado _____

7) En los últimos 12 meses, ¿ha sido condenado por un delito grave o liberado de la cárcel por algún delito grave? **Sí / No**

Si su respuesta es sí a la pregunta #7, por favor conteste lo siguiente:

a) Aproximadamente ¿cuándo fue usted condenado por el delito? _____

b) ¿En qué Ciudad y Estado estuvo condenado? _____

c) Aproximadamente ¿cuándo fue liberado? _____

d) ¿Está en este momento en **libertad condicional** o **periodo de prueba**? (encierra en círculo uno)

e) ¿Quién es su oficial de libertad condicional o periodo de prueba?

f) ¿Dirección y número de teléfono de su oficial y ciudad en la que se localiza?

Si se encuentra encarcelado actualmente o en un programa de trabajo, Centro Transicional, o Casa de Rehabilitación, por favor complete lo siguiente:

Nombre del lugar: _____

Ubicación del lugar: *Dirección / ciudad / estado / número de teléfono:*

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario. La información que usted esta dando se mantendrá confidencial y solamente será utilizada para propósitos de crédito fiscal.

Recibo de Equipo PPE recibido

- **1 Casco** Costo por reemplazarlo: \$15
- **Gafas** Costo por reemplazarlo: \$3
- **1 par de Guantes** Costo por reemplazarlo: \$8
- **1 par de Mangas** Costo por reemplazarlo: \$10
- **Chaleco** Costo por reemplazarlo: \$12

Yo entiendo y acepto que los artículos de PPE mencionados arriba están siendo dados a mí por la compañía Midwest Demolition, y yo seré responsable por el costo de reemplazo en caso de que los pierda o sean dañados por negligencia mía. Los artículos que muestren desgaste por uso normal serán reemplazados sin ningún costo para mí. Artículos serán dados el primer día de trabajo para todos los de nueva contratación.

Nombre

Firma

Fecha

Recargos por Daños y Usos Personales en el Hotel

Yo entiendo y acepto que mientras yo esté trabajando para Midwest Demolition y me esté hospedando en un hotel pagado por la compañía, yo seré responsable de reembolsarle a Midwest Demolition por cualquier recargo que se haga a la cuenta de la compañía por danos causados por mi persona y por hacer uso de servicios de manera personal. Estos cargos pueden incluir: llamadas de teléfono personales, servicio al cuarto, fumar en cuartos de no fumar, perdida de llaves, artículos rotos, manchas y/o recargos extra por limpieza.

Como representante de la compañía, Midwest Demolition le pide que mantenga su respeto y dignidad mientras se hospeda en el hotel pagado por la compañía. El incumplimiento de lo anterior puede resultar en el despido.

Nombre

Firma

Fecha



1935 Yolande Ave. • Lincoln, NE 68521
(402) 475-1600 • Fax (402) 475-1966

N95 Uso Voluntario de Respirador

Yo tengo leído el Apendix D de las regulaciones de OSHA 29 CFR 1910.134 y declaro
(marca uno)

ACEPTADO / DECLINADO

El uso voluntario de un respirador para polvo con válvula de exhalación proveída por la
compañía cuando trabaje en un ambiente laboral que tenga este tipo de circunstancias.

NOMBRE (Impreso): _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

POLITICA DE TIEMPO DE VIAJE DE MIDWEST DEMOLITION

Midwest Demolition ha establecido la siguiente Política para el tiempo de viaje, la cual tiene la intención de cumplir con los requerimientos del Acto de Normas Labores y las Leyes de Nebraska.

Las horas normales de trabajo en Midwest Demolition son de 7:00 am – 3:30 pm (contemplando un lunch de 30 minutos), de Domingo a Sábado. Las horas reales de trabajo podrían variar dependiendo en los requerimientos del trabajo en particular. El tiempo de viaje que este dentro de las horas normales de trabajo establecidas será pagado. Cualquier tiempo de viaje fuera de las horas normales de trabajo no será pagado.

Tiempo de Manejo vs Tiempo de Traslado

Tiempo de viaje durante las horas normales de trabajo establecidas (7:00am-3:30pm) será pagado a diferente tarifa, dependiendo el tipo de tiempo (manejo o traslado).

Tiempo de Manejo: Los empleados que operen/manejen cualquier vehículo de la compañía serán pagados a su tarifa normal por el tiempo que manejen de y para un trabajo fuera del estado. Si el empleado trabaja más de 40 horas en una semana (incluyendo el tiempo de manejo), cada hora que pase de las 40 será pagada como tiempo extraordinario. El tiempo extraordinario es pagado a una y media veces la tarifa normal de pago del empleado. El tiempo de manejo será registrado usando el sistema normal de registro de horas Exak Time.

Tiempo de Traslado: Los empleados viajando en un vehículo de la compañía sin operarlo/manejarlo también serán pagados por el tiempo de traslado de y para un trabajo fuera del Estado pero a la tarifa del salario mínimo establecido para el estado de Nebraska*. Si el empleado trabaja más de 40 horas en una semana (incluyendo el tiempo de traslado), cada hora que pase de las 40 será pagada como tiempo extraordinario. Las horas extraordinarias que sean parte del tiempo de traslado serán pagadas a una y media veces la tarifa de salario mínimo de Nebraska. Las horas extraordinarias que sean parte de horas reales de trabajo serán pagadas a una y media veces la tarifa normal del empleado. El tiempo de traslado será registrado por el empleado o Supervisor usando y llenando una hoja de registro especial para el tiempo de traslado. Estas hojas necesitan ser remitidas a la oficina los días martes de cada semana. Las formas aceptadas para remitir estas hojas son: fax, correo electrónico, foto por mensaje de texto.

Traslado Diario Normal

El área de traslado diario normal establecido por Midwest Demolition es de 60 millas. El tiempo de viaje dentro del área de traslado diario normal no es pagado a menos que el empleado este realizando alguna actividad de trabajo durante este tiempo de viaje. El operar o manejar un vehículo de la compañía es considerado como actividad de trabajo cuando el empleado está manejando para trasladar un grupo de empleados al lugar de trabajo o cuando transporta equipo o herramientas del lugar de trabajo al shop o viceversa.

Empleados que deciden usar su vehículo personal para viajar

Todos los empleados son requeridos para viajar en los vehículos de la compañía acompañados de un chofer para ir a trabajos fuera de la ciudad o estado, a excepción de circunstancias especiales donde el Supervisor apruebe lo contrario. Si el empleado decide viajar en su vehículo personal, las horas de viaje que ocurran dentro de las horas normales de trabajo establecidas (7:00am-3:30pm) serán pagadas, ningún otro gasto de viaje como por ejemplo: gasolina o por millas será pagado. La autorización previa del supervisor o la oficina es requerida y las hojas de registro de especial para tiempo de traslado deben ser remitidas a la oficina. Midwest Demolition no es responsable por ningún tipo de riesgo que pueda ocurrir al empleado durante el tiempo de viaje usando su vehículo personal. Los empleados tienen la responsabilidad de arribar al lugar de trabajo a la hora establecida. Tiempo de viaje que ocurra por motivos personales no será pagado.

***SALARIO MINIMO ESTABLECIDO EN EL ESTADO DE NEBRASKA ES DE \$9.00 A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2016.**

Firma del Empleado

Fecha

Midwest Demolition Manual del Empleado

El Reconocimiento de Recibo y Entendimiento

Reconozco que he recibido el Midwest Demolition Guía del empleado y que he leído y entendido las políticas.

Entiendo que esta Guía representa las políticas y beneficios actuales, y que no crea un contrato de empleo. Midwest Demolition retiene el derecho de cambiar estas políticas y beneficios, como cree conveniente.

A menos que expresamente proscrito por el estatuto o contrato, mi empleo es "a voluntad." Entiendo que tengo el derecho de terminar mi empleo en cualquier tiempo, con o sin la causa o aviso, y que la Compañía tiene el mismo derecho. Entiendo aún más que mi posición como un "a voluntad" el empleado no puede ser cambiado menos en la escritura y firmado por el Presidente de la Compañía.

Entiendo que la información que aprendo durante mi empleo es propietario de la Compañía y por consiguiente, acuerda para mantener esto confidencial, que significa que yo no lo utilizaré de otra manera que en el desempeño de mis deberes o revelar a ninguna persona o entidad fuera de la Compañía. Yo entiendo que debo conformarme con todas las provisiones de la Guía para tener acceso a los recursos de la Compañía. Entiendo también que si yo no me conformo con todas las provisiones de la Guía, mi acceso a los recursos de la Compañía se puede revocar, y puedo ser sujeto para acción disciplinaria hasta e inclusive el despido.

Entiendo aún más que soy obligado para familiarizarme con los procedimientos de seguridad, salud y emergencias de la Compañía tal como se plantearon en esta Guía o en otros documentos.

Su firma

La fecha

Imprima por favor Su Nombre



Lista de Documentos de Nueva Contratación

YO RECONOZCO QUE HE RECIVIDO TODA LA DOCUMENTACION DE NUEVA CONTRATACION DE MIDWEST DEMOLITION Y TENGO LEIDO, ENTENDIDO Y LLENADO TODA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- Hoja de Bienvenida e información de nueva contratación a Midwest Demolition.
- Acuerdo y Consentimiento de Empleados para pruebas de Drogas y Alcohol.
- Forma 8850 (Notificación y Certificación de Solicitud de Crédito de Oportunidades de Trabajo).
- Forma W-4 (Certificado de Retención del Empleado).
- Forma I-9 (Verificación de Elegibilidad de Empleo).
- Autorización para la Divulgación de Información para Mancon.
- Consentimiento para Divulgación de Información de la Administración del Seguro Social.
- Cuestionario Confidencial para Crédito Fiscal de Oportunidades de Trabajo.
- Firma de Artículos PPE recibidos.
- N95 uso Voluntario de Respirador/OSHA información del Apéndice D.
- Forma para Autorización de Depósito Directo e Instrucciones para [ViewmyPaycheck](#).
- Manual del Empleado de Midwest Demolition.
- Midwest Demolition Política de Viaje.

Nombre

Firma

Fecha

Autorización para Deposito Directo

Esto autoriza MWE Servicios dba Midwest Demolición Co. para enviar entradas de crédito (y las entradas de débito y ajustes apropiados) por vía electrónica a mi cuenta que se indica a continuación. Esto autoriza a la entidad financiera de la cuenta para publicar todas las entradas.

Cuenta

Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Nombre del Banco

Numero de Ruta

Número de Cuenta

Por favor pegue un cheque cancelado aquí.

Esta autorización estará vigente hasta que la Compañía reciba una notificación de terminación por escrito de mi parte y tenga una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Firma

Nombre

Fecha

GUARDE ESTA HOJA PARA SUS RECORDS/INFORMACION

Bienvenido a ViewMyPaycheck!

¡Una gran noticia! Ahora puede ver sus talones de pago en línea - en cualquier momento y en cualquier lugar.

ViewMyPaycheck (paychecks.intuit.com) es un sitio de internet en línea creado por Intuit que le permite ver sus talones de pago y otra información de nómina.

¿No tiene una computadora? No se preocupe! Usted también puede acceder desde su dispositivo móvil (celular).

Aquí hay algo de información para ayudarle a empezar con ViewMyPaycheck.

Para acceder ViewMyPaycheck, necesitará:

- **Una cuenta Intuit** (si es la primera vez que quiere acceder este programa).
- **Su número de Seguro Social (SSN)** y el **salario neto de su último cheque**. Luego, haga lo siguiente:
 1. Abra un navegador Web y vaya a paychecks.intuit.com
 2. Haga clic en Registrarse (Sign up).
 3. Introduzca su dirección de correo electrónico (email address).
 4. Cree y confirme una contraseña (password) que es la que utilizará cada vez que quiera iniciar sesión para ViewMyPaycheck.
 5. Elija una pregunta de seguridad (Security question). Necesitará esta información si se le olvida su nombre de usuario y/o contraseña.
 6. Haga clic en Registrarse (Sign up).
 7. Introduzca su número de Seguro Social (Social Security Number) y el salario neto de su último cheque de pago.
 8. Haga clic en Todo Listo! (All done!)

Cuando Usted accese, explore un poco. Aquí hay algunos puntos destacados.

¿Necesitas una copia impresa de tu talón de cheque? No hay problema, haga clic en Guardar como PDF para guardar una copia en PDF de la misma a su computadora y luego imprimirlo.

Si usted desea ser notificado cada vez que un nuevo comprobante de pago se carga a ViewMyPaycheck, vaya a Preferencias y haga clic en Enviar me un correo electrónico cuando el nuevo pago esté disponible.

GUARDE ESTA HOJA PARA SUS RECORDS/INFORMACION

**GUARDE ESTA HOJA PARA SUS
RECORDS/INFORMACION**

OSHA 

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional

Apéndice D para la Sección 1910.134 (Mandatorio) Información para los empleados que usan los respiradores cuando no lo exige el Reglamento o Norma

Los respiradores son uno de los medios de protección adecuados contra los distintos productos químicos cuando se han seleccionado y utilizado adecuadamente. Se fomenta el uso del respirador para el bienestar y protección del empleado, aun cuando la concentración de los productos químicos esté por debajo de los valores límites de exposición establecidos. Sin embargo, el respirador puede causarle daño si no se mantiene limpio o se usa incorrectamente. Algunas veces los empleados usan los respiradores para evitar ser expuestos a los diferentes productos químicos, aunque estos no excedan los valores límites establecidos por los reglamentos de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA). Si su patrono provee los respiradores para uso voluntario, o si usted provee su propio respirador, necesita tomar ciertas precauciones para que se asegure que no corre riesgos cuando use el respirador.

Usted debe hacer lo siguiente:

- 1.** Lea y haga caso a las instrucciones que provee el fabricante en el uso, mantenimiento, limpieza y cuidado, y las advertencias en cuanto a las limitaciones de los respiradores.
- 2.** Escoja respiradores certificados contra los contaminantes que le interesa. La Institución Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, son los que certifican los respiradores. Una etiqueta o certificado de exposición debe aparecer en el respirador o en el empaque del respirador. Este debe decirle para que químicos fue hecho y cuanto le va a proteger.
- 3.** No use su respirador en atmosferas que contienen contaminantes para los cuales no fue diseñado porque no le va a proteger. Por ejemplo, si un respirador es diseñado para filtrar partículas de polvo no le a proteger contra gases, vapores o partículas solidas de vaho (mal olor) o humo.
- 4.** No pierda de vista su respirador para que así no use el respirador de otra persona por equivocación.

**GUARDE ESTA HOJA PARA SUS
RECORDS/INFORMACION**



1935 Yolande Ave. • Lincoln, NE 68521
(402) 475-1600 • Fax (402) 475-1966

NOMBRE DE EMPLEADO: _____ FECHA DE EMPELO: _____

A QUIEN LE CORRESPONDA

RE: Beneficios de Aseguraza Medica

Querido Señor o Señora:

Por favor tenga en mente que después de trabajar para Midwest Demolition Company por sesenta (60) días, usted será elegible para estos beneficios de aseguranza medica.

Incluidas están las formas para los siguientes tipos de aseguranza médica:

1. OptiMed cuesta \$5.34 por semana (cobertura para empleado solamente);
2. Nebraska Coventry cuesta \$45.42 por semana (cobertura para empleado solamente);
3. Aseguranza Dental Ameritas cuesta \$8.05 por semana (cobertura para empleado solamente);
4. Unified Benefits: Hospital \$5.01 por semana; Accidente \$4.37 por semana; Cáncer \$7.59 por semana (cobertura para empleado solamente); y seguro de vida por 20 años (costo depende la edad).

Si usted no desea inscribirse en ninguna de las aseguranzas que ofrecemos, por favor firme la forma de rechazo donde declina la cobertura y regrese la forma a la oficina.

Gracias por su atención y cooperación!

Sinceramente,

Katie Cederburg
Presidente

KC/llj

ATENCION PARA EL NUEVO PERSONAL

CONTRATADO

Te damos la bienvenida a nuestro equipo. Aquí te presentamos alguna información importante, la cual esperamos que sigas al pie de la letra durante el tiempo que trabajas en nuestra compañía Midwest Demolition.

- El empleado provee sus propias Botas, la compañía provee lentes, casco, guantes, mangas y chaleco los cuales son requeridos en todo momento.
- Deberás usar camisas de manga de 4 pulgadas y pantalones (no shorts), sin hoyos. (Si te interesa tenemos disponibles camisas de trabajo por \$8.50 cada una).
- Los celulares no son permitidos en el sitio de trabajo.
- En ningún momento son permitidas visitas de familiares, novias y/o amigos en el sitio de trabajo.
- Todos los trabajos son en sitios en los que no se permite fumar. Deberás consultar con tu supervisor en donde y cuando tendrás permitido fumar.
- Deberás traer tu lunch todos los días.
- Los horarios son publicados todos los viernes a las 4:30 pm para la semana siguiente.
- El pago es semanal y se hace via depósito directo. Por lo cual usted debe reportar su información para el depósito antes de recibir su primer pago.
- Por favor pon atención a las políticas de NO-SHOW. Tienen solo 3 chances de faltas injustificadas.
- Si tú tienes una cita/reunión de cualquier tipo por ejemplo: doctor, parole, corte; que pudiera interferir con tu horario de trabajo, debes avisar a la oficina el viernes previo a tu cita/reunión antes de que el horario sea publicado.
- Si usted está viajando y necesita regresar a Lincoln, usted es responsable por su transportación de regreso.
- La compañía no da ningún tipo de préstamo.

Teléfono de la Oficina: 402-475-1600

Fax: 402-475-1966