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: _____ **APT. #** _____

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** o **No**

En caso de que Si, Por favor explique: _____

¿Tiene Usted disponibilidad de viajar fuera del Estado desde 1 hasta 12 semanas? **Si** o **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**

En el área de construcción el horario puede variar, tiene usted disponibilidad para trabajar el 1er, 2do o 3er turno? **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

Employment Eligibility Verification

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

USCIS
Form I-9
OMB No. 1615-0047
Expires 10/31/2022

►START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.)*

Last Name *(Family Name)*	First Name *(Given Name)*	Middle Initial	Other Last Names Used *(if any)*

Address *(Street Number and Name)*	Apt. Number	City or Town	State	ZIP Code

Date of Birth *(mm/dd/yyyy)*	U.S. Social Security Number	Employee's E-mail Address	Employee's Telephone Number
	☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐		

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

☐ 1. A citizen of the United States

☐ 2. A noncitizen national of the United States *(See instructions)*

☐ 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____

☐ 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____
Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. *(See instructions)*

Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.

1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____

OR

2. Form I-94 Admission Number: _____

OR

3. Foreign Passport Number: _____

Country of Issuance: _____

QR Code - Section 1
Do Not Write In This Space

Signature of Employee	Today's Date *(mm/dd/yyyy)*

Preparer and/or Translator Certification (check one):

☐ I did not use a preparer or translator. ☐ A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.

(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator	Today's Date *(mm/dd/yyyy)*

Last Name *(Family Name)*	First Name *(Given Name)*

Address *(Street Number and Name)*	City or Town	State	ZIP Code

STOP *Employer Completes Next Page* STOP

Formulario **W-4(SP)**

(Rev. diciembre de 2020)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Certificado de Retenciones del Empleado

▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**

▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**

▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el *IRS*.**

OMB No. 1545-0074

2021

Paso 1: Anote su información personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		▶ **¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta?** De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (*SSA*, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a *www.ssa.gov/espanol*.
Ciudad o pueblo, estado y código postal (*ZIP*)		

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

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

☐ **Cabeza de familia** (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).

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

Paso 2: Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

Complete este paso si (1) tiene más de un 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* para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4); **o**

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

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

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

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

Paso 3: Reclamación de dependientes

Si su ingreso total va a ser $200,000 o menos ($400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):

Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por $2,000 . . . . . ▶ $ _____

Multiplique el número de otros dependientes por $500 . . ▶ $ _____

Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . . **3** $

Paso 4 (opcional): Otros ajustes

(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . . **4(a)** $

(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página **3** y anote el resultado aquí . . . . . **4(b)** $

(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en **cada período de pago** . . . . . **4(c)** $

Paso 5: Firme aquí

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

▶ _____ **Firma del empleado** (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶ _____ **Fecha**

Para uso exclusivo del empleador

Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (*EIN*)

Form **8850**
(Rev. March 2016)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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.***

OMB No. 1545-1500

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**

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:

_____
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.

DEJA EN BLANCO

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)

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? _____
b) ¿Usted finalizo el programa? **Sí / No**

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**

Por favor recuerde que la ayuda por discapacidad no es el seguro social regular o el seguro social por discapacidad o SSDI

3) ¿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 #3, por favor conteste lo siguiente:

a) ¿A nombre de quien viene la asistencia (SNAP)?_____
b) ¿Qué relación tienen con usted? _____
c) ¿En qué Ciudad y Estado es la asistencia (SNAP) recibida? _____
d) ¿Hay niños incluidos en la ayuda (SNAP)? **Sí / No**

4) ¿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 #4, 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**

5) ¿Ha estado usted completamente sin ningún tipo de trabajo en los últimos 6 meses y recibido beneficio de pago por desempleo en los últimos seis meses? **Sí / No**

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

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

De_____ Hasta _____

Ciudad: _____ Estado _____

¿Cuándo fue su ultimo día de trabajo? _____

6) 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 #6, 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**? (encierre en círculo uno)
e) ¿Quién es su oficial de libertad condicional o periodo de prueba?

_____

¿Usted se sabe su numero de prisionero? _____
¿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:*

_____

_____

_____

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

Si su respuesta es sí a la pregunta #7, 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? _____

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 remplazarlo: $15**
- **Gafas** — **Costo por remplazarlo: $3**
- **1 par de Guantes** — **Costo por remplazarlo: $8**
- **1 par de Mangas** — **Costo por remplazarlo: $10**
- **Chaleco** — **Costo por remplazarlo: $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 remplazo en caso de que los pierda o sean dañados por negligencia mía. Los artículos que muestren desgaste por uso normal serán remplazados 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

MIDWEST DEMOLITION COMPANY
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 expresamante 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

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

MIDWEST DEMOLITION COMPANY

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

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

NOMBRE DE EMPLEADO:_____ FECHA DE EMPLEO:_____

A QUIEN CORRESPONDA

RE: Beneficios de Seguro Medico

Estimado 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 médica.

1. Seguro Médico BlueCross BlueShield (3 diferentes planes):
   - BCBS Plan A (FHC20) cuesta $49.80 por semana (cobertura para empleado solamente).
   - BCBS Plan B (FPD20) cuesta $43.06 por semana (cobertura para empleado solamente).
   - BCBS Plan C (FHA20) cuesta $53.93 por semana (cobertura para empleado solamente).
2. Paquete de Seguro Dental / Visión y $10,000 Seguro de Vida:
   -Humana cuesta $7.29 por semana (cobertura para empleado solamente).
3. Beneficios Voluntarios:
   -Unified Benefits: *Accidente (Transamerica) $4.37 por semana
   *Cáncer (Transamerica) $7.59 por semana
   *Seguro de vida por 20 años (Transamerica) Costo depende de la edad y cantidad deseada

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

Gracias por su atención y cooperación!

Sinceramente,

Katie Cederburg
Presidente

ACCEDA A SUS PAYCHECKS Y W-2'S ONLINE CON QUICKBOOKS WORKFORCE:

Aprenda a acceder a sus cheques de pago, W-2 y otra información de su empleador mediante QuickBooks Workforce.

QuickBooks Workforce hace que sea fácil y seguro para usted ver y administrar sus cheques de pago, W-2 y otra información de empleados. Si su empleador acaba de enviarle una invitación por correo electrónico a Workforce, le ayudaremos a comenzar.

ACEPTE LA INVITACIÓN DE SU EMPLEADOR A QUICKBOOKS WORKFORCE

Su invitación es válida por hasta 30 días a partir de la fecha en que fue enviada por su empleador.

1. Busque un correo electrónico de Intuit Services (QBOPayrollNoReply@intuit.com) con el asunto "Finalizar la configuración con MWE Services, Inc. " Nota: ¿No ves la invitación? Comprueba tu carpeta de spam. O hágaselo saber a su empleador. Es posible que hayan usado un correo electrónico incorrecto.
2. Abra el correo electrónico y, a continuación, seleccione el vínculo **Obtener acceso para cheques** de pago para aceptar la invitación. Recuerde que solo puede utilizar este enlace una vez.
3. Crea una cuenta de Intuit o inicia sesión con la existente. Nota: Una cuenta de Intuit te permite acceder a varios servicios de Intuit con un solo inicio de sesión. Si tiene una cuenta de Mint o Turbotax, puede usar el mismo inicio de sesión para su QuickBooks Workforce.

Si ya tiene una cuenta de Workforce existente

1. No te preocupes. Puede aceptar varias invitaciones para poder acceder a los talones de pago y A W-2 de varios empleadores. Solo asegúrese de proporcionarles la misma dirección de correo electrónico que utiliza para su cuenta de Workforce existente.

INICIE SESIÓN EN QUICKBOOKS WORKFORCE

1. Abra un navegador en su ordenador o dispositivo móvil. QuickBooks Workforce funciona sin problemas en las últimas versiones de Chrome, Firefox y Safari (para Mac).
2. Vaya a workforce.intuit.com e inicie sesión. Nota: Si olvidó su contraseña o ID de usuario, seleccione el **Olvidé mi ID de usuario o contraseña**enlace y siga las instrucciones en pantalla.

¿Tiene varios empleadores? Para ver su lista de empresas, vaya a la **flecha pequeña** Icono junto al nombre de la empresa que tiene abierta. A continuación, seleccione una empresa a la que cambiar.

VER, DESCARGAR O IMPRIMIR SUS PAYCHECKS

1. Vaya a **Cheques de pago**.
2. Vea, descargue o imprima su último cheque de pago o cheques de pago anteriores.

EL ÚLTIMO CHEQUE DE PAGO

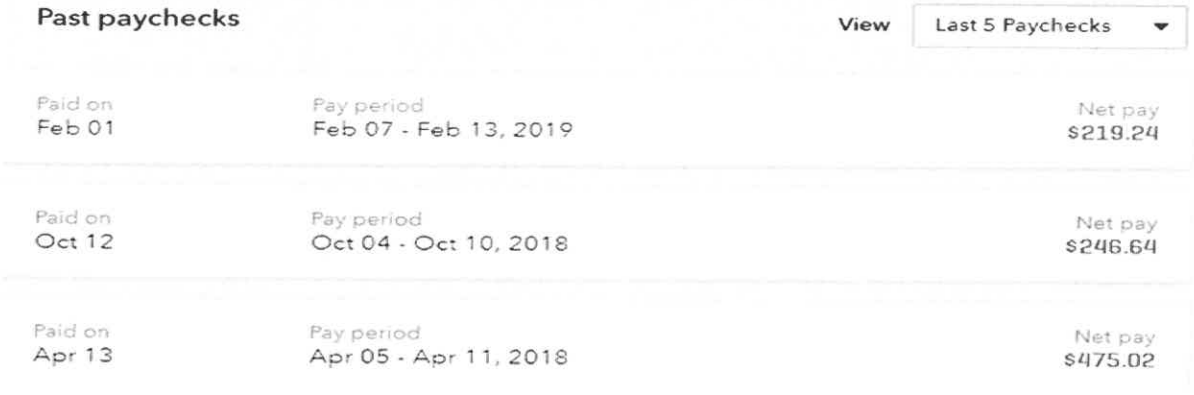
Consulta rápidamente la información sobre tu último cheque de pago, incluido el pago neto, el total de horas trabajadas y la fecha de pago.

Para ver el desglose de su cheque de pago o para descargar una versión EN PDF, puede guardar e imprimir, seleccione **Ver detalle**.



PAGO PASADO

En la lista "Pagos anteriores", seleccione el cheque de pago que desea ver o descargar como PDF. Si necesita una copia impresa, simplemente imprima la versión EN PDF de su cheque de pago.



AÑO HASTA LA FECHA

Conozca sus ganancias brutas y netas del año hasta la fecha, la retención y las deducciones de un vistazo.



VER, DESCARGAR O IMPRIMIR TU W-2'S

Puede ver sus copias W-2 B, C y 2 desde la pantalla W-2. Para mayor seguridad, es posible que primero tengas que verificar tu número de teléfono o parte de tu información personal.

1. Vaya al menú**W-2.**
2. Seleccione la copia W-2 que desea ver o descargar (e imprimir).

ACTIVAR NOTIFICACIONES PARA NUEVOS PAYCHECKS

Asegúrate de recibir un recordatorio por correo electrónico cada vez que tu nuevo cheque esté disponible.

1. Ve a **Configuración** ⚙.
2. En Configuración, seleccione **Notificación por correo electrónico**.
3. Seleccione **Enviarme un correo electrónico cuando haya nuevos talones**de pago disponibles.

ACTUALIZA TU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO O CONTRASEÑA

Si necesitas cambiar tu correo electrónico o contraseña para tu cuenta, a continuación te indicamos cómo hacerlo.

1. Ve a **Configuración** ⚙.
2. Selecciona **Configuración de la cuenta**.
3. Edita tu información personal y de inicio de sesión en Sign & Security and Personal Info.

GUARDE ESTA HOJA PARA SUS RECORDS/INFORMACION

OSHA OSHA QuickTakes

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 solidad 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

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 trabajes 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 y botella con agua
- 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.
- El estacionamiento es limitado. Si no encuentra lugares disponibles en nuestro estacionamiento tendrá que buscar en la calle. Si utiliza algún lugar del estacionamiento del negocio que esta enfrente a nosotros su vehículo será remolcado.
- La compañía no da ningún tipo de préstamo.

Teléfono de la Oficina: 402-475-1600 Fax: 402-475-1966