



PAQUETE PARA EMPLEADO NUEVO

INSTRUCCIONES:
EMPLEADOS – Complete todas las Secciones Amarilla
PATRON – Complete Todas las Secciones Azules

TODOS LOS EMPLEADOS DEBEN COMPLETAR ESTE PAQUETE PARA SER ENTRADO EN EL SISTEMA NOMINA

Form W-4 Department of the Treasury Internal Revenue Service	Certificado de Exencion del Empleado	OMB No. 1545-0010 2005
---	---	----------------------------------

1 Primer Nombre	Inicial	Apellido	2 Su Numero De Seguro Social
Direccion		Unidad #	3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> casado,pero retiene con la taza ajor de soltero Nota: Si es casado, pero esta legalmente separado, o si su conyuge es un extranjero no-residente, marque el encasillado para "Soltero"
Ciudad	Estado	Zona Postal	4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 ▶ <input type="checkbox"/>

5 Numero total de exenciones que reclama usted	5
6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago	6 \$
7 Yo reclamo la exencion de la retencion para el 2005 y certifico que cumpro con ambas de las siguientes condiciones <ul style="list-style-type: none"> El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso, porque yo no tenia ninguna obligacion tributaria Y Este año yo tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso porque tengo previsto el no tener una obligacion tributaria. Si usted cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aqui.....▶	

Bajo pena de perjurio, yo declare que he examinado este certificado y que a mi mejor saber y entender, esta correcto y completo

Firma Del Empleado 8 Nombre Y Direccion de patron o empleador: <p style="text-align: center;">Modern Business Associates 9455 Koger Boulevard, Suite 200 St. Petersburg, FL 33702</p>	Fecha 9 codigo de oficina (opcional)	10 Numero de identification del empleador o patron (EIN)
---	--	--

Las instrucciones y hojas de cálculo por completar el W-4 están disponibles en la demanda.

Fecha de Nacimiento del empleado	Numero de telefono (1)	el Número de teléfono Alternado (2)
Nombre de Contacto de Emergencia	Relacion	Numero de telefono

PARA SER COMPLETADO SOLO POR EL SUPERVISOR O GERENTE

Nombre de la compañía: _____ Lugar del Cliente: _____ Departamento Nombre/ Número: _____ Número de Identificación de Empleado: _____ Fecha/Contratado: _____ Por la Compañía del Cliente Género del Empleado: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra Título del trabajo: _____ Clase de la Compensación de Obreros: _____ Supervisor, Gerente, o la Firma Autorizada: _____	Tipo de Pago: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Sueldo Estado de Pago: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo Ciclo de Pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bi-Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual Tasa de Pago: \$ _____ por _____ Empleado de Propina: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Pago de turno: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tasa: \$ _____ por _____ Trabajo por pieza: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tasa: \$ _____ por _____ Comisiones: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tasa: \$ _____ por _____ Otro: _____
--	--

Firma
Título
Fecha

EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENTS AND RELEASE AUTHORIZATION

Yo entiendo que _____ ("el "Cliente") ha entrado en un Acuerdo de Servicio de Cliente (el "Acuerdo") con Grupo de Socios de Negocio Moderno que incluye a los Socios de Negocio Modernos Inc., El Negocio moderno Asocia II, Inc., El Negocio moderno Asocia III, Inc., El Negocio moderno Asocia IV, Inc. y el Negocio Moderno Asocia V, Inc. y/o sus subsidiarias y se afilió las compañías, (después colectivamente llamado ("MBA"), con que MBA ha estado de acuerdo en volverse un patrón de individuos que realizarán los servicios para el Cliente.

En la consideración de mí contratar por MBA, yo reconozco y acepto a lo siguiente: Yo entiendo y estoy de acuerdo que yo soy un **EMPLEADO DE VOLUNTAD** de MBA y que hay ningún contrato de empleo que existe entre yo y el Cliente a que me asignaron, ni entre MBA o yo. Yo entiendo y estoy de acuerdo que MBA, el Cliente, o yo pueden terminar nuestra relación del empleo cuando quiera, **COMO ASÍ SOY EMPLEADO DE VOLUNTAD**.

En el reconocimiento del hecho que mi trabajo relacionó con lesiones que podrían sostenerse por mí son cubiertas por los estatutos de la compensación de obreros estatales, y para evitar la trampa de tales estatutos estatales que pueden ser el resultado de pleito contra los clientes o clientes de MBA o contra MBA basado en la misma lesión o lesiones, y a la magnitud permitida por la ley, **yo renuncio por la presente y para siempre suelto cualquier derecho yo podría tener para hacer las demandas o traer el pleito contra cualquier cliente o cliente de MBA o contra MBA para daño y perjuicios basados en lesiones que se cubren bajo los estatutos de la compensación** de tales obreros. Yo también estoy de acuerdo en obedecer cualquier política de prueba de droga que MBA o su Cliente puede adoptar, y yo acepto la comprobación de droga después de accidente específicamente en cualquier situación dónde se permite por la ley.

Yo entiendo que los primeros noventa (90) días de empleo son considerados un período introductorio. Más allá, yo entiendo que la relación del empleo con MBA puede acabar cuando quiera a por cualquier razón.

Yo estoy de acuerdo en cumplir toda la discriminación y políticas de acoso. Yo también reconozco y estoy de acuerdo que si a cuando quiera durante el proceso de la aplicación o durante el período de mi empleo, yo me sujeto a cualquier tipo de discriminación basado en mi raza, el sexo, edad, color, religión, origen nacional, estado matrimonial, invalidez, el estado de veterano, o cualquier otro estado protegidos por la ley aplicable. Yo avisaré el Departamento de los Recursos Humano de MBA inmediatamente al 727-563-1500 o 888-622-6460 obtener la ayuda en la resolución de cosas así importa. Yo también entiendo y estoy de acuerdo que si durante el término de mi empleo, yo me sujeto a cualquier forma de acoso sexual, o cualquier otro tipo de acoso, de un empleado de supervisión, colaborador, vendedor, o nadie más, yo informaré el tal acoso inmediatamente al Departamento de los Recursos Humano de MBA a 727-563-1500 o 888-622-6460.

Yo reconozco recibo del Manual del Empleado, y si yo soy elegible para los beneficios médicos y como consecuencia el fondo de la COBRA, yo he recibido la notificación de mí y la continuación de mi persona a cargo de fondos médico corrige bajo la COBRA.

Yo he estado informado y he estado de acuerdo que si mi asignación con cualquier cliente de MBA a que me asignaron termina por cualquier razón, yo debo informar atrás a MBA dentro de setenta y dos (72) horas para la posible reasignación y **los beneficios de desempleo a mí pueden negarse si yo no notifico MBA dentro del tal tiempo**, también MBA puede asumir que yo he resignado voluntariamente.

Yo certifico que toda la información sobre este documento, mi currículo vitae y cualquier documento de apoyo son correctos, y yo entiendo que cualquier falsedad u omisión de cualquier información pueden producir mi terminación.

Yo entiendo y estoy de acuerdo si la asignación termina, MBA puede referirse a mi currículo vitae y/o historia de trabajo a otros patrones potenciales y/o las agencias de la colocación seleccionadas.

Yo entiendo que pueden exigirme que firme como una condición de empleo, un non-compita el acuerdo, un acuerdo de confidencialidad y/o un conflicto de declaración de interés.

Yo entiendo que esta compañía contrata a sólo individuos que son legalmente elegibles trabajar en los Estados Unidos.

Yo he leído y he reconocido todas las declaraciones anteriores contenidas en esta página, y yo he recibido una copia del Manual del Empleado y lo he leído o me lo ha leído cuidadosamente a mí. Yo entiendo que puede enmendarse cualquier comestibles en el Manual del Empleado o puede revisarse cuando quiera a con o sin el aviso. Yo llevo más allá que entiendo que el Manual del Empleado no me garantiza cualquier política específica, procedimientos, reglas, o longitud de empleo. Todas las referencias a las políticas y procedimientos son las pautas discrecionales. Sin embargo, yo entiendo que, como una condición de mi empleo, yo obedeceré todas las políticas, los procedimientos y reglas partieron en el Manual del Empleado. Es más, yo entiendo que mi empleo es de **MI VOLUNTAD**.

Firma: _____ Fecha: _____

EL RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS DE GRUPO

TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS DE GRUPO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Yo entiendo que yo puedo ser elegible o puedo ponerme elegible con toda seguridad los beneficios bajo los planes de grupo proporcionados por MBA y/o el Cliente a que me asignaron. Además, yo entiendo, para que mis beneficios sean eficaces, yo debo completar mi beneficio asignado el período de espera y debo someter formularios/correspondencia de matriculación requerido a mi fecha de eficaz de fondo. Yo reconozco que es mi responsabilidad y/o miembro(s) familiar apropiado leer y entender los varios planes de beneficio presentado a mí en mi paquete de beneficio. Yo también entiendo que yo debo referirme a los certificados de seguro y/o documentos del plan para la información detallada con respecto a los comestibles de beneficio y que los comestibles pueden estar sujeto al cambio. Yo entiendo que si yo me enrolló, mis opciones de beneficio deben permanecer en el efecto hasta la matriculación anual siguiente a menos que yo experimento un evento calificativo como discutido debajo.

Yo entiendo que si yo no recibo mi paquete de beneficio durante mi beneficio el período de espera, yo soy responsable para notificar al e Departamento de Beneficios de MBA antes de mi fecha eficaz de fondos. Si yo no estoy cierto de el periodo de beneficio asignado, período de espera, yo entiendo que yo soy responsable para obtener confirmación de mi beneficio asignado, el período de espera de mi contacto del premisas o el Departamento de Beneficios de MBA. Además, yo entiendo que si yo no devuelvo mi formulario de la matriculación firmado a MBA, o si apropiado, al Cliente a que me asigno después de que yo empiece trabajar como un empleado elegible y antes de la fecha mi fondos es ser eficaz, esto será considerado una negativa de fondos de grupo. Yo entiendo que si yo no elijo los beneficios en el momento de mi elegibilidad inicial, no me permitirán enrollarse o hacer cambios a la elección del medio-año a menos que un evento calificativo ocurre. Yo entiendo si yo experimento un evento calificativo y gustaría enrollarse, yo debo notificar MBA, o si apropiado, el Cliente a que me asigno y someto los formularios requeridos y documentación dentro de 30 días de mi evento calificativo o no me permitirán hacer los cambios o enrollarse hasta la matriculación anual siguiente. Además, yo entiendo si yo pido el fondos para mí y las personas a cargo elegibles a una fecha más tarde, pueden exigirme que amueble la información de salud para cada individual, y el Plan(es) reserva el derecho para rechazar cualquier tal demanda para el fondo.

Yo autorizo las deducciones para las contribuciones del empleado requeridas hacia los beneficios del grupo. Yo entiendo que yo debo reunir los requisitos de elegibilidad para el fondos ser eficaz. Si un premio se deduce y yo no reúno los requisitos de elegibilidad, el premio se reintegrará.

Firma: _____ Fecha: _____

Comprobación de Elegibilidad de Empleo

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles durante la realización de este formulario. **AVISO DE LA ANTI-DISCRIMINACION.** Es ilegal diferenciar contra los individuos elegibles para el trabajo. Los patrones no pueden especificar que documentos ellos aceptaran de un empleado. Negar contrato a un individuo debido a una fecha de expiración futura también puede constituir la discriminación ilegal

Sección 1. La Información del empleado y Comprobación. Para ser completado y firmado por el empleado en el tiempo que empieza empleo

Imprima nombre: Apellido	Primer Nombre	Inicial	Apellido de Soltera
Direccion (Nombre Calle y Numero)		Unidad.#	Fecha de Nacimiento
Ciudad	Estado	Zona Postal	Numero de Seguro Social

Yo soy consciente que la ley federal mantiene encarcelamiento y/o multas para las declaraciones falsas o uso de documentos falsos en relación con la realización de este formulario.

Yo atesto, bajo la multa de perjurio que yo soy (marque uno de lo siguiente:)

- Un ciudadano o nacional de Estados Unidos
- Un Residente Permanente Legal - Extranjero # A _____
- Un Extranjero Autorizado para trabajar hasta ____ / ____ / ____
Extranjero o # Admisión

Firma del Empleado	Fecha (mes/día/año)
--------------------	---------------------

Certification El preparador y/o Traductor. (Para ser completado y firmado, si Sección 1 se prepara por otra persona si no es el empleado) Yo atesto, bajo la multa de perjurio que yo he ayudado en la realización de este formulario y que al mejor de mi conocimiento la información es verdad y correcta.

Preparadores/Traductores Firma	Imprima nombre
Direccion (Nombre de calle y numero, Ciudad, Estado, Zona Postal)	Fecha (mes/día/año)

Sección 2. Revisión del patrón y Comprobación. Para ser completado y firmado por el patrón. Examine un documento de la Lista A O examine uno de la Lista B y uno de la Lista C, como listado atrás del formulario. Grabe el título, número y fecha de expiración, si alguno, del documento(S).

	Lista A	O	Lista B	Y	Lista C
Título del documento:	_____	_____	_____	_____	_____
Emisor: autoridad	_____	_____	_____	_____	_____
# Documento	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha expiración (si alguna)	_____	_____	_____	_____	_____
# Documento :	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha expiración (si alguna)	_____	_____	_____	_____	_____

La CERTIFICACIÓN - yo atesto, bajo la multa de perjurio, que yo he examinado el documento(s) presentado por el empleado antedicho, que el documento(s) sobre-listado aparece ser genuino y relacionar al empleado nombrado, que el empleado empezó el empleo en (mes/día/año) ____ / ____ / ____ y que al mejor de mi conocimiento el empleado es elegible trabajar en los Estados Unidos. (Las agencias del empleo estatales pueden omitir la fecha el empleado empezó el empleo).

La firma de Patrón o el Representante Autorizado	Imprima Nombre	Título
Negocio o Nombre de la Organización	Direccion (Nombre de calle y numero, Ciudad, Estado, Zona Postal)	Fecha (mes/día/año)

Sección 3. Poniendo al día y Reverification. Para ser completado y firmado por el patrón.

A. El nuevo nombre (si applicable)	B. Fecha de re-contrate(mes/día/año) (si applicable)
------------------------------------	--

C. Si empleados que la concesión anterior de autorización de trabajo ha expirado, mantenga la información debajo el documento que establece la elegibilidad del empleo actual

Título del Documento: _____ # Documento: _____ Fecha de expiración (si alguna) _____

Yo atesto, bajo la multa de perjurio que al mejor de mi conocimiento, este empleado es elegible trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presento el documento(s), el documento(s) yo he examinado aparece ser genuino y relacionar al individuo.

La firma de Patrón o el Representante Autorizado	Fecha (mes/día/año)
--	---------------------

LAS LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

LISTA A

O

LISTA B

Y

LISTA C

Documentos que Establecen ambos la Identidad y Elegibilidad del empleo	Documents that Establish Identity	Documentos que Establecen la Elegibilidad del Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1 El Pasaporte Americano (vencida o no vencida) 2 El certificado de Ciudadanía Americana (El Formulario INS o N-560 or N-561) 3 El certificado de Naturalización (El Formulario del N-550 o N-570) 4 Pasaporte extranjero no vencido Con estampa I-551 o ató el formulario I-94 indicando la autorización de empleo no vencida 5 Tarjeta del Residente permanente o la Tarjeta de Recibo de Registro Extranjera con la fotografía (El Formulario del I-151 o I-551) 6 La Tarjeta de Residente Temporal (El Formulario del I-688) 7 Tarjeta de Autorización para el Empleo no vencida (El Formulario del I-688A) 8. Permiso de re-entrada (El Formulario del I-327) 9 El documento de viaje para Refugiado no vencido (El Formulario I-571) 10 Documento de Autorización De empleo emitido por el INS Que contiene una fotografía (Formulario I-688B) 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Identificación emitidas por un estado o la posesión periférica de los Estados Unidos proporcionadas contiene una fotografía o información como el nombre, la fecha de nacimiento, género, altura, color del ojo y dirección. 2 Tarjeta de identificación emitido por federal, estado o agencias gubernamentales locales o entidades con tal de que contiene una fotografía o información como la fecha del nombre de nacimiento, género, altura, color del ojo y dirección 3 Identificación escolar con fotografía 4 La tarjeta del registro de votante. 5 Tarjeta del ejército o registro del reclutamiento. 6 La identificación de persona a Cargo militar. 7 Tarjeta de identificación de la Guardia Costanera y Marino Mercante de los Estados Unidos. 8 El documento Tribal Americano Nativo. 9 Licencia de chófer emitida por Autoridad gubernamental Canadiense. <p>Para las personas bajo edad 18 quién es incapaz de presentar un documento listado anteriormente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10 Tarjeta del informe escolar. 11 Clínica, doctor o registro del hospital. 12 Cuidado de día o registro guardería Escolar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tarjeta del Seguro Social Americana emitida por la Administración del Seguro Social (de otra manera que una Tarjeta que lo declara no es valido para el empleo). 2. Certificación de Nacimiento en el extranjero emitida por el departamento de estado (<i>Formulario FS-545 de Formulario DS-1350</i>) 3. Original o la copia certificada de un certificado del nacimiento emitidas por un condado estatal, autoridad municipal o posesión periférica de los Estados Unidos que llevan una foca oficial 4. El documento Tribal Americano Nativo. 5 Tarjeta de ciudadano de los Estados Unidos. (<i>Formulario INS I-197</i>) 6 Tarjeta de residente ciudadano en los Estados Unidos (<i>Formulario INS I-179</i>) 7 Documento de autorización para empleo emitido por el INS (de otra manera que aquéllos listados bajo la lista A)

EL ANTE-OFERTA / EL PRE-EMPLEO LA INFORMACIÓN MÉDICA

Este descargo de información médica no se usa a determinar la elegibilidad por la salud o seguro dental y no puede retenerse con el archivo del personal.

¿Usted ha recibido en la vida atrás el tratamiento para, espalda, cuello, condición de la rodilla o lesión de cabeza?

¿Lo padece ahora, o lo tiene, padecido dolores o dolores de la espalda, en la vida?

¿Usted se ha operado alguna vez?

¿Hágalo ahora, o usted ha tenido cualquier invalidez física, deterioros o impedimentos alguna vez?

¿Usted ha tenido compensación de un obreros por lesión alguna vez?

¿Usted ha recibido una invalidez que tasa por cualquier razón alguna vez?
(Explique totalmente sí la respuesta es (Si) use el papel adicional si necesario)

Me han aconsejado totalmente que si yo me daño en el trabajo, sin tener en cuenta cómo menor la lesión puede parecer, yo voy a informar a mi supervisor inmediatamente. Si No

Yo certifico las respuestas anteriores para ser verdad y correcto. Yo entiendo que cualquier respuesta falsa o engañosa a estas preguntas será la razón suficiente para el rechazo de beneficios bajo el Acto de la Compensación de un Obreros estatales y base para la terminación de empleo. Yo también entiendo que mis respuestas se verificarán por la investigación.

Imprima Nombre: _____

Fecha: _____

Firme: _____

Nombre de Compañía: _____

LA AUTORIZACIÓN DEL DEPÓSITO DIRECTO

IMPORTANTE: EXIGIDO PARA PROCESAR EL DEPÓSITO DIRECTO

Las cantidades siguientes se deducirán de mi sueldo **CADA PERÍODO de PAGO:**

Descripción	Cantidad o Neto
<input type="checkbox"/> Depósito Directo #1 Nombre de la *Institución Financiero: _____ No. de cuenta: _____ El número derrotando: _____ Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta de inversión	Pago Neto
<input type="checkbox"/> Depósito Directo #2 Nombre de la *Institución Financiero: _____ No. de cuenta: _____ El número derrotando: _____ Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta de inversión	\$ _____
<input type="checkbox"/> Depósito Directo #3 Nombre de la *Institución Financiero: _____ No. de cuenta: _____ El número derrotando: _____ Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta de inversión	\$ _____

*Las instituciones financieras incluyen bancos, economías y préstamos, uniones del crédito, y cuentas de la inversión.

Por la presente Yo autorizo Socios de Negocio Moderno, Inc. para deducir de mi sueldo las cantidades nombradas anteriores **CADA PERÍODO de PAGO** y comenzar los ajustes si necesario para cualquier entrada hecha en el error. Cualquier cambio debe estar por escrito en el formulario de Autorización de Depósito Directo. Yo entiendo que puede haber un tiempo de espera de 30 días antes que mi demanda del depósito comience.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Número del Seguro social _____

Por favor ate uno de lo siguiente para cada depósito directo:

- un cheque anulado o copia de un cheque
- una copia de la Tarjeta de Identificación de Institución Financiera
- (para las cuentas del ahorro)

Nota: La información incompleta o inaceptable tardará la salida de su deposito(s) directo.