

Nombre de Cliente _____
Cuidad/Estado _____

Pago _____
Código de W/C _____

AMS STAFF LEASING
APLICACION DE EMPLEO
Empleador con Oportunidad igual

La información contenida en la Aplicación para Empleo es esencial a su empleo con AMS Staff Leasing (AMS). Todo el documento debe ser llenado completamente y firmado por usted ANTES que empleo se pueda considerar. Usted será considerado para el empleo sin consideración de color, religión, sexo, origen nacional o de edad.

UNA O MÁS DE LAS CONDICIONES SIGUIENTES IMPLEMENTADA POR EL EMPLEADO CONSTITUYE EN UN RENUNCIO VOLUNTARIO EN RELACION CON EL TRABAJO Y LOS BENEFICIOS DEL DESEMPLEO PUEDEN SER NEGADOS:

- 1.) Al fallar en llamar a AMS inmediatamente al fin del asignación del trabajo con la notificación de su disponibilidad a pesar de la razón de la separación con el cliente;
- 2.) Al fallar en llamar tres (3) veces semanalmente cuando no este trabajando. Los números de teléfono para este requisito son: (800) 728-0623 o (972) 404-1615;
- 3.) Al fallar para notificar AMS con su cambio de domicilio o el numero telefónico;
- 4.) El rechazo o el fallar a aceptar una tarea adecuada del trabajo basada sobre el pago, calificaciones o el localización;
- 5.) Al recibir AMS su reclamo del desempleo sin la notificación previa de su disponibilidad es considerada como su renuncia voluntaria

I. RECONOCIMIENTO Y COMPROBACION

Con mis iniciales y mi firma en la Aplicación de Empleo yo reconozco y verifico que e recibido una copia de las pólizas de AMS, e leído y entiendo completamente y concuerdo en adherir con estas pólizas.

- _____ Entiendo que esto no es solamente para propósitos de nomina.
- _____ He sido avisado y entiendo que si me emplean, seré un empleado de AMS y arrendado a uno de sus clientes. El cliente será el lugar de mi empleo y dirigirá las actividades diarias de mi trabajo.
- _____ He sido avisado y entiendo que AMS será portador de seguro de la compensación de trabajadores.
- _____ He recibido una tarjeta de Procedimiento de Accidente del AMS.

II. HIPAA Autorización

Autorizo a AMS, o sus agentes, subsidiaré o afiliate para obtener los registros médicos (excluye notas de psicoterapia) de cualquier médico, los hospitales y/o otros proveedores medico con respecto a mi salud. Autorizo también a cualquier médico, los hospitales, y/o otros proveedores medico para entregar cualquier registro médico (excluye notas de psicoterapia) con respecto a mi salud a AMS, o a su agentes, subsidiaré o afiliate. Esta información es necesaria para evaluar mi condición médica y la elegibilidad continua para el empleo y la cobertura de seguro. Entiendo que AMS, o sus agentes, subsidiaré o afiliate pueden solicitar los registros médicos hasta 10 años. Además autorizo AMS, o sus agentes, subsidiaré o afiliate a poder requerir que me somete a una prueba de droga o de alcohol y para recibir los resultados después de cualquier herida de trabajo para lo cual busco tratamiento médico.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización a cualquier vez sometiendo aviso por escrito a AMS.

Entiendo que la información revelada por esta autorización podría ser revelada por la persona que recibe y no es protegido por ley de requisitos privados de estado o federal. AMS, su afilia, sus empleados, y los oficiales no son legalmente responsables por la revelación de la información indicada en esta autorización.

_____ El Nombre impreso del Individuo

_____ La firma del Individuo

_____ Fecha

III. AUTORIZACION DE DEDUCCION DE NOMINA

Firmando debajo autorizo, cuando aplican, las deducciones en mi cheque de pago para herramientas, los uniformes, el seguro de la salud, los errores en la nómina, los pagos excesivos y cualquier otras deducciones relacionada con el trabajo admisibles por la ley de Texas.

Firma del solicitante

Fecha

IV. Disputas del Sueldo

Entiendo y concuerdo que el cliente únicamente es obligado para pagar cualquier sueldo para lo cual la obligación de pagar es creado de parte de yo mismo y el cliente por un acuerdo, un contrato o el plan o norma del cliente y que AMS no ha contratado para pagar.

Firma del solicitante

Fecha

V. Arbitración

Concuerdo que mi único recurso para resolver alguna disputa que surge con AMS bajo mi empleo, incluso pero no limitado a reclamos de sueldo, será de arbitrar tal disputa. Tal arbitraje será según las leyes de arbitraje del Estado de Texas y las órdenes, entonces obtener, de la American Arbitration Association. Lugar de reunión de cualquier acción estará en el Condado de Dallas, Texas. AMS se basa en Dallas, Tejas, y el Solicitante reconocen que este Acuerdo deberá ser realizado parcialmente en Dallas, Texas.

Firma del Solicitante

Fecha

Con la firmar debajo confirmo que he leído y he entendido todos los términos de esta Aplicación para el Empleo.

Firma del Solicitante

Fecha de aplicación

numero de teléfono

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. | | Apellido | | 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 | | 5 | |
| Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) | | Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es un extranjero no residente, marque el recuadro para "Soltero". | | 6 \$ | |
| 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 una tarjeta de reposición. <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) | | 7 | |
| 6 Cantidad adicional, si hay alguna, que quiere que le retengan de su cheque de pago | | Yo reclamo exención de la retención para 2008 y certifico que cumplo con ambas de las siguientes condiciones para la exención: | | 8 | |
| 7 Yo reclamo exención de la retención para 2008 y certifico que cumplo con ambas de las siguientes condiciones 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 tenía ninguna obligación tributaria y Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria. | | 9 | |
| Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí. | | Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo. | | 10 | |
| Firma del empleado (El formulario no es válido a menos que usted lo firme). | | Fecha | | 9 | |
| 8 Nombre y dirección del empleador: (Empleador: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS). | | 9 Código de oficina (opcional) | | 10 Número de identificación patronal (EIN) | |

Formulario W-4(SP) (2008)

Propósito. Llene el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retenerle la cantidad correcta del impuesto federal sobre el ingreso de su paga. Considere el llenar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambia.

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 2008 vence el 16 de febrero de 2009. Vea la Pub. 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

Nota: No puede reclamar la exención de la retención si: **(a)** su ingreso excede de \$900 e incluye más de \$300 de ingreso no derivado del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos) y **(b)** otra persona puede reclamarlo a usted como dependiente en su declaración de impuestos.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo en la página 2 ajustan sus descuentos de la retención basados en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes al ingreso o situaciones de dos asalariados/múltiples empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le

correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos (o cero) descuentos.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuesto 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 Pub. 501, *Exemptions, Standard Deduction, and Filing Information* (Exenciones, deducción estándar e información sobre la presentación), en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos al calcular su número permisible de descuentos de la retención. 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 Pub. 919, *How Do I Adjust My Tax Withholding?* (¿Cómo ajusto la retención de mi impuesto?), en inglés, para obtener información sobre la conversión de sus otros créditos en descuentos de la retención.

Ingreso que no proviene de salarios. Si tiene una suma cuantiosa de ingreso que no proviene de salarios, tal como de intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuesto estimado usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals*

(Impuesto estimado para individuos), en inglés. De lo contrario, podría deber impuesto adicional. Si recibió ingreso por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 919 para saber si tiene que ajustar su impuesto retenido en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si tiene un cónyuge que 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 la más precisa cuando todos los descuentos son reclamados en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos son reclamados en los otros empleos. Vea la Pub. 919, en inglés, para más detalles.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea las *Instructions for Form 8233* (Instrucciones para el Formulario 8233), disponibles en inglés, antes de llenar este Formulario W-4(SP).

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, use la Pub. 919, en inglés, para saber cómo la cantidad en dólares que se le retiene se compara con su cantidad total de impuestos prevista para 2008. Vea la Pub. 919, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guárdela para su archivo).

A Anote "1" para **usted mismo** si nadie más lo puede reclamar como dependiente **A** _____

B Anote "1" si:
 {
 • Usted es soltero y tiene sólo un empleo; o
 • Usted es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o
 • Sus sueldos o salarios de un segundo empleo o los de su cónyuge (o el total de los dos) son de \$1,500 o menos.
 } **B** _____

C Anote "1" para su **cónyuge**. Pero, puede escoger anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotando "-0-" puede ayudarle a evitar que le retengan una cantidad de impuesto 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 como **cabeza de familia** en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo **Cabeza de familia**, anteriormente) **E** _____

F Anote "1" si tiene por lo menos \$1,500 en **gastos del cuidado de hijos o dependientes** por los cuales piensa reclamar un crédito **F** _____

(Nota: No incluya pagos de pensión para hijos menores. Vea la Pub. 503, *Child and Dependent Care Expenses* (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para más detalles).

G **Crédito tributario por hijos** (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información.
 • Si su ingreso total será menor de \$58,000 (\$86,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos.
 • Si su ingreso total será de entre \$58,000 y \$84,000 (\$86,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos más "1" **adicional** si tiene cuatro o más hijos que reúnen los requisitos. **G** _____

H Sume las líneas desde la **A** a la **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 su ingreso** y desea reducir su impuesto retenido, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**, en la página 2.
 • Si tiene **más de un empleo o es casado y tanto usted como su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$40,000 (\$25,000 si es casado), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/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**.
 }

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

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Formulario W-4(SP) | | Certificado de Exención de la Retención del Empleado | | OMB No. 1545-0074 |
| Department of the Treasury Internal Revenue Service | | ▶ Su derecho a reclamar un cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a examen por el IRS. Su empleador puede tener que enviar una copia de este formulario al IRS. | | 2008 |
| 1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. | | Apellido | | 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 un extranjero no residente, marque el recuadro para "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 una tarjeta de reposición. <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) | | 6 \$ | | 7 |
| 6 Cantidad adicional, si hay alguna, que quiere que le retengan de su cheque de pago | | 7 Yo reclamo exención de la retención para 2008 y certifico que cumpla con ambas de las siguientes condiciones para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tenía ninguna obligación tributaria y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí. ▶ | | |
| Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo. | | | | |
| Firma del empleado (El formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶ | | Fecha ▶ | | |
| 8 Nombre y dirección del empleador: (Empleador: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS). | | 9 Código de oficina (opcional) | | 10 Número de identificación patronal (EIN) |

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones, reclamar ciertos créditos o hacer ajustes al ingreso en su declaración de impuestos para 2008.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2008. Estas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que exceden del 7.5% de su ingreso y ciertas deducciones misceláneas. (Para 2008, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si su ingreso excede de \$159,950 (\$79,975 para los casados que presentan la declaración por separado). Vea la **Worksheet 2** (Hoja de Trabajo 2), en la Pub. 919 para más detalles) 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$10,900 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo calificado} \\ \$8,000 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$5,450 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes al ingreso para 2008, incluyendo la pensión alimenticia para cónyuges divorciados, aportaciones deducibles a una cuenta *IRA* e intereses de un préstamo estudiantil 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la **Worksheet 8** (Hoja de Trabajo 8) en la Pub. 919) 5 \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2008 (por ejemplo, los dividendos o intereses) 6 \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" 7 \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$3,500 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción 8 _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 9 _____
- 10 **Sume** las cantidades de la línea 8 y de la línea 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) 10 _____

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

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

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) 1 _____
- 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS MÍNIMO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que le paga es de \$50,000 o menos, no escriba más que "3" 2 _____
- 3 Si la cantidad de la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo 3 _____

Nota: Si la línea 1 es *menos de* la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9 más adelante para calcular la cantidad de impuesto adicional que se le debe retener para evitar una factura por impuestos debidos al final del año.

- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo 4 _____
- 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo 5 _____
- 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 6 _____
- 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MAYOR** y anótela aquí 7 \$ _____
- 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la de la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuesto adicional anual que se debe retener 8 \$ _____
- 9 Divida la cantidad de la línea 8 por el total de los períodos de pago que faltan en 2008. Por ejemplo, divida por 26 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en diciembre de 2007. Anote el resultado aquí y también en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad de impuesto adicional que se debe retener de cada cheque de nómina 9 \$ _____

| Tabla 1 | | | | Tabla 2 | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Casados que presentan la declaración conjuntamente | | Todos los demás | | Casados que presentan la declaración conjuntamente | | Todos los demás | |
| Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es— | Anote en la línea 2, arriba | Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es— | Anote en la línea 2, arriba | Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es— | Anote en la línea 7, arriba | Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es— | Anote en la línea 7, arriba |
| \$0 - \$4,500 | 0 | \$0 - \$6,500 | 0 | \$0 - \$65,000 | \$530 | \$0 - \$35,000 | \$530 |
| 4,501 - 10,000 | 1 | 6,501 - 12,000 | 1 | 65,001 - 120,000 | 880 | 35,001 - 80,000 | 880 |
| 10,001 - 18,000 | 2 | 12,001 - 20,000 | 2 | 120,001 - 180,000 | 980 | 80,001 - 150,000 | 980 |
| 18,001 - 22,000 | 3 | 20,001 - 27,000 | 3 | 180,001 - 310,000 | 1,160 | 150,001 - 340,000 | 1,160 |
| 22,001 - 27,000 | 4 | 27,001 - 35,000 | 4 | 310,001 y más | 1,230 | 340,001 y más | 1,230 |
| 27,001 - 33,000 | 5 | 35,001 - 50,000 | 5 | | | | |
| 33,001 - 40,000 | 6 | 50,001 - 65,000 | 6 | | | | |
| 40,001 - 50,000 | 7 | 65,001 - 80,000 | 7 | | | | |
| 50,001 - 55,000 | 8 | 80,001 - 95,000 | 8 | | | | |
| 55,001 - 60,000 | 9 | 95,001 - 120,000 | 9 | | | | |
| 60,001 - 65,000 | 10 | 120,001 y más | 10 | | | | |
| 65,001 - 75,000 | 11 | | | | | | |
| 75,001 - 100,000 | 12 | | | | | | |
| 100,001 - 110,000 | 13 | | | | | | |
| 110,001 - 120,000 | 14 | | | | | | |
| 120,001 y más | 15 | | | | | | |

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información de acuerdo con las secciones 3402(f)(2)(A) y 6109 y su reglamentación. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerle a multas. Solemos compartir esta información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados y el Distrito de Columbia a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas y también para incluirla en el *National Directory of New Hires* (Directorio Nacional de Personas Recién Empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países bajo un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto, *OMB*, por siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones deberán ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre el ingreso (en inglés).

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre el ingreso.

Instrucciones

Lea cuidadosamente las instrucciones antes de llenar este formulario. (Para uso únicamente en Puerto Rico.)

Notificación Anti-Discriminación. Es ilegal discriminar a cualquier individuo (con excepción de un extranjero no autorizado a trabajar en los E.U.A.) al contratar, desemplear, reclutar o contratar por honorarios debido al origen del individuo o su ciudadanía. Es ilegal discriminar a cualquier individuo elegible para trabajar. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar que documento(s) aceptarán de un empleado. El negarse a emplear a un individuo porque la fecha de vencimiento de los documentos presentados está cercana puede también constituirse como una discriminación ilegal.

¿Cuál es el propósito de este formulario?

El propósito de este formulario es documentar que cada empleado nuevo (ciudadano o no ciudadano) contratado después del 6 de noviembre de 1986 está autorizado a trabajar en los Estados Unidos.

¿Cuándo debe ser utilizado el Formulario I-9?

Todos los empleados, ciudadanos y no ciudadanos, contratados después del 6 de noviembre de 1986 y que estén trabajando en los Estados Unidos deben llenar el Formulario I-9.

Como Llenar el Formulario I-9

Sección 1, Empleado: Esta parte del formulario debe llenarse en el momento de la contratación, que generalmente es el inicio del empleo. Proveer el número de Seguro Social es voluntario, a excepción de aquellos empleados que han sido contratados por empleadores que participan en el Programa Electrónico de Verificación de la Elegibilidad de Empleo de USCIS. **El empleador debe asegurarse que la Sección 1 se llene puntual y correctamente.**

Certificación del Traductor o Tercero. La certificación del traductor o tercero debe llenarse si la **Sección 1** es preparada por cualquier persona que no sea el empleado. Un traductor o tercero sólo puede utilizarse cuando el empleado no pueda llenar la **Sección 1** por sí mismo. Sin embargo, el empleado debe firmar la **Sección 1** personalmente.

Sección 2, Empleador: Con la finalidad de llenar este formulario, el término "empleador" se refiere a todos los empleadores incluyendo los reclutadores y los contratistas por honorarios tales como las asociaciones agrícolas, empleadores agrícolas o los contratistas de trabajo agrícola.

Los empleadores deben llenar la **Sección 2** examinando las pruebas de identidad y elegibilidad de empleo dentro de los tres (3) días hábiles a partir de la fecha del inicio de empleo. Si el empleado está autorizado para trabajar, pero no puede presentar los documentos requeridos dentro de los tres (3) días hábiles, debe presentar un recibo de esta solicitud dentro de tres (3) días

hábiles, y los documentos requeridos en un periodo de noventa (90) días. Sin embargo, si los empleadores contratan a individuos para trabajar por menos de 3 días hábiles, debe llenarse la **Sección 2** en el momento en el que se inicie el empleo. **Los empleadores deben anotar:**

1. Título del documento.
2. Autoridad que expide el documento.
3. Número de documento.
4. Fecha de vencimiento, si la hay; y
5. Fecha de comienzo del empleo.

El empleador debe firmar y colocar la fecha de la certificación. El empleado debe presentar sus documentos originales. El empleador puede, aunque no está obligado, a fotocopiar los documentos presentados. La(s) fotocopia(s) sólo puede(n) utilizarse para la verificación del proceso y deben guardarse con el Formulario I-9. **Sin embargo, los empleadores son los responsables de llenar y guardar el Formulario I-9.**

Sección 3, Actualización y nueva verificación: Los empleadores deben llenar la **Sección 3** cuando se esté actualizando y, o verificando el Formulario I-9. Los empleadores deben verificar de nuevo la elegibilidad de empleo de los empleados para trabajar antes de la fecha de vencimiento anotada en la **Sección 1**. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar que documento(s) aceptarán del empleado:

- A. Si el nombre de un empleado ha cambiado en el momento en que este formulario está siendo actualizado o que se realiza la nueva verificación, llene la casilla A.
- B. Si un empleado es contratado nuevamente dentro de tres (3) años de la fecha original del formulario, asimismo el empleado sigue siendo elegible para ser contratado bajo las mismas condiciones previamente señaladas en este formulario (actualización), llene la casilla B y la casilla de la firma.
- C. Si un empleado es contratado nuevamente dentro de tres (3) años de la fecha original de este formulario y la autorización del empleador ha expirado o si la autorización del empleador actual está por vencer (actualización), llene la casilla B y:
 1. Compruebe que cualquier documento que refleje que el empleado está autorizado para trabajar en los E.U.A. (Ver lista A o C);
 2. Anote el título del documento, número del documento y la fecha de vencimiento (si la hay) en la casilla C, y
 3. Llene la casilla de la firma.

¿Cuál es el cargo por tramitación?

No hay ningún cargo por concepto de tramitación del Formulario I-9. Este formulario no es tramitado por la USCIS o por ninguna otra agencia del gobierno. El empleador debe guardar el Formulario I-9 y tenerlo disponible para que pueda ser inspeccionado por funcionarios del gobierno de los E.U.A., como especifica el Aviso de la Ley de Privacidad más adelante.

Formularios e Información de USCIS

Para encargar formularios, por favor llame al **1-800-870-3676**. Si desea conseguir información sobre los formularios de USCIS o sobre las leyes inmigratorias, procedimientos y normas de inmigración, llame a nuestro Centro de Servicio Nacional al Cliente al **1-800-375-5283** o visite nuestra página web: **www.uscis.gov**.

Fotocopia y Conservación del Formulario I-9

Una copia en blanco del Formulario I-9 puede ser reproducida, siempre y cuando ambos lados sean copiados. Las instrucciones deben estar disponibles a todo empleado que llene este formulario. Los empleadores deben conservar los formularios I-9 completos por tres (3) años después de la fecha inicial de empleo o un año después de la fecha en que el empleo termine, lo que sea más tarde.

El Formulario I-9 puede ser firmado y guardado electrónicamente, según lo autorizado en la reglamentación 8 CFR § 274a.2 del Departamento de Seguridad Nacional.

Aviso de la Ley de Privacidad

La autoridad que recopila esta información es la Ley de Reforma y Control de Inmigración de 1986, Pub. L. 99-603 (8 USC 1324a).

Esta información es para que los empleadores verifiquen la elegibilidad de los individuos a contratar para evitar contrataciones ilícitas, reclutamientos o contratados por honorarios, de extranjeros no autorizados a trabajar en los Estados Unidos.

Esta información será usada por los empleadores como base de su registro para determinar la elegibilidad de un empleado para trabajar en los Estados Unidos. El formulario será guardado por el empleador y se hará disponible para la inspección de oficiales del Departamento de Inmigración y Aduanas de los E.U.A., el Departamento de Trabajo y la Oficina del Consejo para Inmigración y Prácticas de Empleo Injustas.

La aportación de la información requerida en este formulario es voluntaria. Sin embargo, un individuo no puede empezar su empleo sin antes llenar este formulario, ya que el empleador está sujeto a sanciones civiles o criminales si no cumple con la Ley de Control y Reforma de Inmigración de 1986.

Ley de Reducción de Trámites

Intentamos crear formularios e instrucciones que sean precisos, fáciles de entender y que le impongan la menor carga posible cuando nos provee información. A menudo esto es difícil porque algunas leyes de inmigración son muy complejas. Por consiguiente, la carga de trámites para la recopilación de información es calculada de la siguiente manera: 1) informarse acerca de este formulario y como llenar el formulario 10 minutos; 2) juntar y archivar (registros) el formulario, 2 minutos, lo cual da un promedio de 15 minutos por respuesta. Si usted tiene algún comentario acerca de precisión de esta estimación o sugerencias para hacer este formulario más simple, puede escribir a: U.S. Citizenship and Immigration Services, Regulatory Management Division, 111 Massachusetts Avenue, N.W., 3rd Floor, Suite 3008, Washington, DC 20529. OMB No. 1615-0047.

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de llenar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles cuando se llene este documento.

AVISO ANTI-DISCRIMINACIÓN: Es ilegal discriminar a cualquier individuo elegible para trabajar. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar qué documento(s) aceptarán de un empleado. La negativa a emplear a una persona debido a una fecha futura de vencimiento de los documentos presentados puede constituir discriminación ilegal.

Sección 1. Información y Verificación del Empleado. El formulario deber ser llenado y firmado por el empleado en el momento en el que comience a trabajar.

| | | | |
|---|---|----------------------------|-----------------------------------|
| Nombre en Letras de Imprenta: Apellido | Nombre | Inicial del Segundo Nombre | Nombre de Soltero(a) |
| Dirección (nombre y número de la calle) | | Nº de Apto. | Fecha de nacimiento (mes/día/año) |
| Ciudad | Estado | Código Postal | Nº de Seguro Social |
| Estoy informado que la ley Federal estipula el encarcelamiento y/o la sanción por declaraciones falsas o por el uso de documentos falsos al llenar este formulario. | Certifico, bajo pena de perjurio, que soy (marque uno de los siguientes): | | |
| | <input type="checkbox"/> Ciudadano o natural de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal permanente (Nº de Extranjero) A _____ <input type="checkbox"/> Extranjero autorizado a trabajar hasta el _____ (Nº de Extranjero o Nº de Admisión) _____ | | |
| Firma del empleado | | | Fecha (mes/día/año) |

Certificación del traductor y, o tercero. (Se debe llenar y firmar si la Sección 1 la llena cualquier persona que no sea el empleado.) Certifico, bajo pena de perjurio, que he ayudado a llenar este formulario y que según mi entender, la información es verdadera y correcta.

| | |
|---|---------------------------------|
| Firma del Traductor o Tercero | Nombre y Apellido (en imprenta) |
| Dirección: (Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Fecha (mes/día/año) |

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador. Se debe llenar y firmar por el empleador. Verifique un documento de la lista A o un documento de la lista B y uno de la lista C, tal y como figura en la parte posterior de esta página, y anote el título, número y fecha de vencimiento, si hay alguna, del documento.

| | | | | | |
|--|---------|---|---------|---|---------|
| | Lista A | O | Lista B | Y | Lista C |
| Título del Documento: _____ | | | | | |
| Autoridad que Emite el Documento: _____ | | | | | |
| Nº de Documento: _____ | | | | | |
| Fecha de Vencimiento (si la hay): _____ | | | | | |
| Nº de Documento: _____ | | | | | |
| Fecha de Vencimiento (de ser el caso): _____ | | | | | |

Certificación - Certifico, bajo pena de perjurio, que he verificado los documentos presentados por el empleado nombrado anteriormente; los documentos en la lista anterior aparentan ser genuinos y son referentes al empleado nombrado. La persona antes mencionada fue empleada (mes/día/año) _____ y a mi mejor entender declaro que el empleado es elegible para trabajar en los E.U.A. (Las agencias de empleo del estado pueden omitir la fecha en la que el empleado fue contratado.)

| | | |
|---|--|---------------------|
| Firma del Empleado o el Representante Autorizado | Nombre y Apellido (en letra de imprenta) | Título |
| Nombre y Dirección de la Organización o Compañía (Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | Fecha (mes/día/año) |

Sección 3. Actualización y Nueva Verificación. Se debe llenar y firmar por el empleador.

| | |
|--|--|
| A. Nombre (de ser el caso) | B. Fecha de re-contratación (mes/día/año) (de ser el caso) |
| C. Si la autorización de trabajo previa de su empleador ha expirado, proporcione la información actual en la que indique la elegibilidad actual para trabajar. | |
| Título de Documento: _____ Nº de Documento: _____ Fecha de Vencimiento (si la hay): _____ | |

Certifico, bajo pena de perjurio, con mi mejor conocimiento que este empleado se encuentra apto(a) para trabajar en los E.U.A. En caso de que el empleado haya presentado documentos, los documentos que he revisado aparentan ser genuinos y referentes al empleado.

| | |
|---|---------------------|
| Firma del Empleado o Representante Autorizado | Fecha (mes/día/año) |
|---|---------------------|

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

Form I-9, Employment Eligibility Verification

Please read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documents have a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Verification. To be completed and signed by employee at the time employment begins.

| | | | |
|----------------------------------|-------|----------------|--------------------------------|
| Print Name: Last | First | Middle Initial | Maiden Name |
| Address (Street Name and Number) | | Apt. # | Date of Birth (month/day/year) |
| City | State | Zip Code | Social Security # |

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

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

- A citizen or national of the United States
- A lawful permanent resident (Alien #) A _____
- An alien authorized to work until _____
(Alien # or Admission #) _____

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Employee's Signature | Date (month/day/year) |
|----------------------|-----------------------|

Preparer and/or Translator Certification. (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

| | |
|---|------------|
| Preparer's/Translator's Signature | Print Name |
| Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) | |
| Date (month/day/year) | |

Section 2. Employer Review and Verification. To be completed and signed by employer. Examine one document from List A OR examine one document from List B and one from List C, as listed on the reverse of this form, and record the title, number and expiration date, if any, of the document(s).

| List A | OR | List B | AND | List C |
|---------------------------------|----|--------|-----|--------|
| Document title: _____ | | _____ | | _____ |
| Issuing authority: _____ | | _____ | | _____ |
| Document #: _____ | | _____ | | _____ |
| Expiration Date (if any): _____ | | _____ | | _____ |
| Document #: _____ | | _____ | | _____ |
| Expiration Date (if any): _____ | | _____ | | _____ |

CERTIFICATION - I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) _____ and that to the best of my knowledge the employee is eligible to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment.)

| | | |
|---|------------|-----------------------|
| Signature of Employer or Authorized Representative | Print Name | Title |
| Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) | | Date (month/day/year) |

Section 3. Updating and Reverification. To be completed and signed by employer.

| | |
|-----------------------------|--|
| A. New Name (if applicable) | B. Date of Rehire (month/day/year) (if applicable) |
|-----------------------------|--|

C. If employee's previous grant of work authorization has expired, provide the information below for the document that establishes current employment eligibility.

Document Title: _____ Document #: _____ Expiration Date (if any): _____

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is eligible to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

| | |
|--|-----------------------|
| Signature of Employer or Authorized Representative | Date (month/day/year) |
|--|-----------------------|

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

| LISTA A Documentos que Establecen Ambas la Identidad y Elegibilidad Para Trabajar | LISTA B Documentos que Establecen la Identidad | LISTA C Documentos que Establecen la Elegibilidad para el Empleo |
|---|--|---|
| O | Y | |
| 1. Pasaporte Estadounidense (vigente o vencido) | 1. Licencia de conducir o Tarjeta de Identificación (ID) emitida por el estado o territorio de los Estados Unidos si contienen fotografía o el nombre, fecha de nacimiento, género, altura, color de ojos y dirección | 1. Tarjeta de Seguro Social de los Estados Unidos emitida por la Administración de Seguro Social (con excepción de una tarjeta que indique que no se encuentra apto(a) para trabajar) |
| 2. Tarjeta de Residencia Permanente o Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551) | 2. Tarjeta de Identificación (ID) emitida por agencias o entidades del gobierno federal, estatal o local o si contiene una fotografía o información tal como el nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección | 2. Partida de nacimiento en el extranjero emitida por el Departamento de Estado (Formulario FS-545 o Formulario DS-1350) |
| 3. Pasaporte extranjero vigente con un timbre temporal I-551 | 3. Identificación estudiantil con fotografía | 3. Una copia original o certificada de la partida de nacimiento emitida por el estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial |
| 4. Tarjeta de Autorización de Empleo vigente con fotografía (Formulario I-766, I-688, I-688A, I-688B) | 4. Tarjeta de registro de votante | 4. Documento tribal de Nativo-Americano |
| | 5. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar | 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197) |
| 5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador | 6. Tarjeta Militar de Identificación de dependientes | 6. Tarjeta emitida para el uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) |
| | 7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera Estadounidense | |
| | 8. Documento tribal de Nativo-Americano | 7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A) |
| | 9. Licencia de conducir emitida por el gobierno canadiense | |
| | Para personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar los documentos en la lista anterior: | |
| | 10. Expediente académico o tarjeta de calificaciones | |
| | 11. Informe médico, de clínica u hospital | |
| | 12. Registro de guardería | |

En la parte 8 del Manual para Empleadores (M-274) encontrará ejemplos de muchos de estos documentos.

EMPLOYEE IS TO
KEEP THIS PAGE

**AMS BUSINESS SOLUTIONS
AMS STAFF LEASING
SUBSTANCE ABUSE POLICY
POLIZA DE ABUSO DE SUSTANCIA**
(Spanish Version)

ESTA PAGINA ES
PARA EL EMPLEADO

El bienestar y el éxito de AMS, la Compañía, depende de la salud física y psicológica de todos sus empleados. Aunque la Compañía se a comprometido a mantener y crear un lugar de trabajo que es saludable, sin peligro y productivo es la responsabilidad de ambos a ser esto posible. Es por la protección de sus clientes, empleados, propiedad y el público en general que la Compañía ha adoptado esta póliza de abuso de sustancia.

1. PROPOSITO Y ALCANCE

1.01 **PROPOSITO:** El propósito de esta Póliza es para mantener un ambiente de trabajo saludable, sin peligro y productivo para todos por medio de eliminar el abuso de drogas legales e ilegales, alcohol y anhelantes en el lugar de trabajo o durante cualquier tiempo que este en el negocio de trabajo y es requerido que todos empleados sea libre del efecto de la drogas legales e ilegales, alcohol y anhelantes en el lugar de trabajo o durante cualquier tiempo que este en el negocio de trabajo.

1.02 **ALCANCE:** Este póliza aplica a todos empleados de esta Compañía; (a) a tal vez que este en la propiedad de la compañía, (b) durante el curso de su empleo a pesar de la localidad y (c) durante cualquier actividad representada por la compañía.

2. ACCION DESIPLINARIA Y CONDUCTA PROHIBIDO

2.01 **ACCION DISCIPLINARIA:** El fallar de conformar con cualquier parte de esta póliza de parte del empleado la acción disciplinaria puede incluir hasta el despido del trabajo.

2.02 **CONDUCTO PROHIBIDO:** Cualquier empleado será sujetó a las consecuencias indicadas en párrafo 2.01 por cualquier de las siguiente razones:

- a). La manufactura, distribución, posesión, uso o venta de alcohol, anhelantes, las drogas no autorizadas o ilegales o el maltrato de uso de drogas legal o de prescripción durante el tiempo que este en la propiedad de la compañía o en el negocio de la compañía o actividades representada por la compañía.
- b). Estar bajo la influencia de cualquier sustancia mencionada anteriormente que daña juicio mental, el desempeño o la conducta durante el tiempo que este en la propiedad de la compañía o en el negocio de la compañía o actividades representadas por la compañía.
- c). Convicción bajo cualquier cargo criminal para la posesión, el uso o la venta de drogas o alcohol o de cualquier actividad relacionada.
- d). Al rechazar a someter a la evaluación medica, incluso prueba de droga o alcohol como indicado en la sección 3 de esta póliza.
- e). El resultado de prueba que indica el uso de droga o alcohol o cualquier otra sustancia.

3. LA PRUEBA

3.01 **DEFINICION:** Para el propósito de esta Póliza, "la droga" es definido como cualquier bebida alcohólica, anhelantes ilegal, la droga ilegal o otra sustancia, el uso, posesión, manufactura, distribución o la dispensación a lo que es prohibido por cualquier estado o ley o regulación Federal o cualquier sustancia de droga por prescripción o sin prescripción o de otro modo.

3.02 **APLICABILIDAD PARA LA PRUEBA DE DROGA:**

- a). Todas personas solicitando una posición con la Compañía puede ser requerido a someter a una prueba de droga como una condición de empleo.
- b). Todo presente y futuro empleados se someterán a una prueba de droga sobre el requerimiento por la Compañía bajo lo siguiente:
 - 1) Cuando la consideración especial para la seguridad de obtener el trabajo indica que tal prueba presenta un medio razonable para garantizar la seguridad del ambiente de trabajo.
 - 2) Cuando el empleado sufre una herida en el curso de empleo o contribuye o causa una herida en el curso de su empleo.
 - 3) Cuando el empleado causa, directamente o indirectamente, daño a la propiedad de la compañía o de cualquier otro.
 - 4) Cuando el empleado contribuye o causa herida a tercera persona en el curso de su empleo.
 - 5) Cuando el empleado esta convicto bajo cualquier carga criminal y recibe una violación que ocurrió durante el curso de empleo. Si tal convicción ocurre, es la responsabilidad del empleado darle notificación a la Compañía dentro de 5 días de la convicción. Este requisito inclui cualquier caso hallado culpable, la suplica culpable o la suplica do ningún curso o imposición de sentencia o cualquier otra carga legal por cualquier corte de juicio competente o en conexión con cualquier estado o ley o regulación Federal por manufacturar, distribución, uso o posesión de cualquier sustancia controlada o droga incluso alcohol.
 - 6) Cuando la Compañía, con su propia discreción, determina que es en el mejor interés de la Compañía requerir la prueba de droga.

4. PROVISIONES VARIADAS

4.01 **COOPERACION CON LA LEY:** Adicional cualquier droga o sustancia ilegal obtenida por la Compañía de cualquier empleado puede ser entregada a una agencia de la ley y puede resultar en persecución criminal.

4.02 **REPORTAR:** Cada empleado es responsable de inmediatamente informar a los oficiales apropiados de la compañía de cualquier uso de medicina de prescripción que pueda afectar el juicio mental, el desempeño y la conducta.

4.03 **OTROS PROCEDIMIENTOS:** La Compañía establecerá tales otros procedimientos, cuando sea necesario imponer efectivamente esta póliza. Esto puede incluir un requisito que empleados cooperan en las búsquedas personal o de la propiedad cuando hay razón para creer que hay drogas o alcohol presente, cuando su desempeño es dañado o su conducta es irregular. El rechazar su cooperación con estos procedimientos puede causar para la acción disciplinaria como mencionada anteriormente el la Sección 2.

4.04 **FACILIDAD MÉDICA:** La Compañía no será responsable y no hace representación o garantizas de el laboratorio o facilidad medica que conduce la prueba de la droga.

EMPLOYEE IS TO
KEEP THIS PAGE

**AMS BUSINESS SOLUTIONS
AMS STAFF LEASING
ACCIDENT / INJURIES PROCEDURES**

ESTA PAGINA ES
PARA EL
EMPLEADO

**PROCEDIMIENTOS PARA ACIDENTES O HERIDAS
(Spanish Version)**

Los procedimientos siguientes se deben seguir para todas las heridas relacionadas con el trabajo:

1. **TODOS ACCIDENTES/HERIDAS DEBEN SER INFORMADAS A SU CAPATAZ O EL SUPERVISOR, AUNQUE NINGUNA ATENCION MEDICA ES REQUIRIDA.** El empleado herido debe llenar la forma llamada Reporte de lesión / herida. Cuando llenada, se colocará en su archivo médico para la referencia futura en caso de problemas. Por favor de mandar al fax numero 972-503-9388.
2. El supervisor debe llenar la forma llamada Reporte de el Supervisor, a pesar de si la atención medica sea requerida. Por favor de mandar al fax numero 972-503-9388.
3. Si la herida requiere la atención médica y no es una situación de emergencia, el supervisor debe llamar al departamento de nueva heridas a (972) 404-1615 o (800) 728-0623 antes de buscar una facilidad médica. En caso de una emergencia, su supervisor debe llamar e informar a cual facilidad médica será transportado. Necesitamos autorizar el tratamiento, arreglar factura apropiada, y determinar que la facilidad medica siga los procedimientos apropiados.
4. Si un empleado esta fuera en incapacidad, él/ella debe notificar a su Supervisor. Si esta fuera por un período extendido de tiempo, el empleado debe comunicarse en persona o llamar para avisar por lo menos una vez a la semana a su Supervisor. AMS se debe notificar de su estado. Con su permiso de regresar a trabajar UD es requerido a reportarse con su Supervisor a informar su disponibilidad a regresar a trabajar.
5. Las restricciones del doctor se deben seguir para todos empleados en estado de trabajo ligero. El empleado puede volver a sus deberes regulares solo cuando es regresado con permiso escrito del doctor a AMS. Es la responsabilidad del empleado decirle al doctor los tipos de trabajos ligeros disponibles por AMS.
6. Una prueba de drogas y alcohol se requiere para todas heridas. La prueba se requiere dentro de 24 horas después que una herida se reporta. El negar a someterse a una prueba tendrá como resultado las mismas consecuencias como una prueba positiva de droga o alcohol.
7. Entiendo y concuerdo a seguir y respetar el procedimiento de accidente. Entiendo que algún pago a mí o cualquiera más para gastos con respecto a mi accidente, y la herida resultante, no es una admisión de la responsabilidad por parte de AMS. En caso de una herida, yo autorizo el acceso completo a copias de registros médicos, los informes de la radiología, las pruebas de drogas o de alcohol y cualquier documento en relación a heridas o enfermedades pasado o presente a AMS. Yo concuerdo soltar la información y soltar de peligro a los proveedores médicos por soltar la información con esta autorización.