

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  Soltero  Casado  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.

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) . . . . .

5

6 Cantidad adicional, si hay alguna, que quiere que le retengan de su cheque de pago . . . . .

6 \$

7 Yo reclamo exención de la retención para 2008 y certifico que cumplo 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. . . . .

7

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)