

Company Name: _____ Employee Start Date: _____

Job Title: _____ Work Comp Code: _____ Pay Rate: _____



APLICACION DE EMPLEO

Oportunidad igual del Empleador

(Professional Business Solutions dba Employee Professionals Aqui y después referiéndolo como "Employee Pro")

La información contenida en la Aplicación de Empleo es esencial a su empleo con Employee Pro. Todos los documentos deben ser llenados completamente y firmados por usted ANTES que empleo se puede considerar. Usted será considerado para el empleo sin consideración alguna hacia la raza, el color, la religión, el sexo, el origen nacional, o la edad. La Discriminación de la Edad en el Acto del Empleo de 1967 prohíbe la discriminación a base de la edad con respecto a los individuos que son por lo menos 40 años pero menos de 65 de la edad.

UNA O MAS DE LAS CONDICIONES SIGUIENTES ENCONTRADO POR UN EMPLEADO CONSTITUYE UNA RENUNCIA VOLUNTARIA CONECTADO CON EL TRABAJO Y BENEFICIOS DE DESEMPLEO PUEDEN SER NEGADOS:

- 1.) Al fallar en llamar Employee Pro 24 horas al fin de el trabajo, a pesar de la razón de la separación con el cliente, con la notificación de su disponibilidad.
- 2.) Al fallar en llamar tres (3) veces semanalmente cuando no este trabajando. El número de teléfono para este requisito es: (281) 398-1955.
- 3.) Al fallar para notificar Employee Pro con su cambio de domicilio o el numero telefónico.
- 4.) Denegacion o falta de aceptar un trabajo adecuado basada sobre el pago, calificaciones o la localizacion.
- 5.) El recibo de su reclamo del desempleo a la compania sin la notificación previa de su disponibilidad es nota de una renuncia voluntaria.

Iniciando las áreas siguientes verifica que el individuo nombrado ha recibido una copia de las polizas de Employee Pro ha leído, entienden completamente, y concuerdan en adherir a estas polizas incorporadas en esto y hecho una parte del proceso de la aplicación del empleo.

Inicial:

- _____ Entiendo que esto no es para propósitos de nómina de pago solamente
- _____ Entiendo que seré un empleado de Employee Pro para uno de sus clientes
- _____ He recibido una hoja de información de Procedimiento de Accidente y manual de empleo de Employee Pro.
- _____ Entiendo que Employee Pro tiene una poliza cero de la tolerancia de droga

Autorización Médica

Firmando abajo autorizo el acceso repleto a copias de registros médicos, los informes de la radiología, prueba de drogas/alcohol, y los documentos cualquiera relacionada hacia a mi pasado o presente herida/enfermedad a Employee Pro. Yo concuerdo en liberar esta información y tener todo tales proveedores médicos inofensivos de la liberación de esta información como expuso en esta autorización.

Autorización de Deducción de pago

Firmando debajo autoriza las deducciones cuando es aplicable para ser hecho fuera de mi cheque de pago para herramientas, los uniformes, el seguro de la salud, los errores en la nómina de pago, los pagos excesivos y cualquier otra deducciones relacionadas con el trabajo.

En firmando abajo yo reconosco que entiendo las polizas nombradas y acepto las condiciones de empleo con Employee Pro.

Firma del solicitante Form W-4 Department of the Treasury Internal Revenue Service	fecha de la Aplicación Employee's Withholding Allowance Certificate <small>Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.</small>	Número de Telefono OMB No. 1545-0074 2010
1 Type or print your first name and middle initial. Last name		2 Your social security number
Home address (number and street or rural route)		3 <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate. <small>Note. If married, but legally separated, or spouse is a nonresident alien, check the "Single" box.</small>
City or town, state, and ZIP code		4 If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. <input type="checkbox"/>
5 Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2)		5
6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck		6 \$
7 I claim exemption from withholding for 2010, and I certify that I meet both of the following conditions for exemption. • Last year I had a refund of all federal income tax withheld because I had no tax liability and • This year I expect a refund of all federal income tax withheld because I expect to have no tax liability. If you meet both conditions, write "Exempt" here		7
<small>Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.</small>		
Employee's signature <small>(Form is not valid unless you sign it.)</small>		Date
8 Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)		9 Office code (optional) 10 Employer identification number (EIN)

Form I-9, Employment Eligibility Verification

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

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-authorized 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 #

<p>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.</p>	I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following):			
	<input type="checkbox"/>	A citizen of the United States		
	<input type="checkbox"/>	A noncitizen national of the United States (see instructions)		
	<input type="checkbox"/>	A lawful permanent resident (Alien #) _____		
	<input type="checkbox"/>	An alien authorized to work (Alien # or Admission #) _____ until (expiration date, if applicable - month/day/year)		

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 authorized 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 authorization.

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

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized 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)
--	-----------------------

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be unexpired

LIST A

**Documents that Establish Both
Identity and Employment
Authorization**

LIST B

**Documents that Establish
Identity**

LIST C

**Documents that Establish
Employment Authorization**

OR

AND

1. U.S. Passport or U.S. Passport Card	1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address	1. Social Security Account Number card other than one that specifies on the face that the issuance of the card does not authorize employment in the United States
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa	2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address	2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545)
4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)	3. School ID card with a photograph	3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350)
5. In the case of a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer incident to status, a foreign passport with Form I-94 or Form I-94A bearing the same name as the passport and containing an endorsement of the alien's nonimmigrant status, as long as the period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form	4. Voter's registration card	4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal
	5. U.S. Military card or draft record	
	6. Military dependent's ID card	
	7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card	5. Native American tribal document
	8. Native American tribal document	
	9. Driver's license issued by a Canadian government authority	6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
	For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:	7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI	10. School record or report card	8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security
	11. Clinic, doctor, or hospital record	
	12. Day-care or nursery school record	

Illustrations of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274)

FORMATO DE AUTORIZACION DE INFORMACION DEL CONSUMIDOR

Se le informa que junto con su aplicación de trabajo (se incluye contrato de servicios), la información del consumidor o la información del consumidor en investigación que se solicite de usted, contendrá información histórica pública donde muestra información de su crédito, información criminal, información sobre la licencia de conducir, educación, verificación con sus empleadores previos, reclamos de compensación de trabajo previo y otros. Junto con estos datos se pide información de anteriores empleos como también las razones por las cuales se dieron por terminados esos empleos. Por otro lado, se solicitará la información de sus actividades pasadas a las distintas oficinas Federales, del Estado, Locales y de otras agencias. Una información del consumidor que contenga datos sobre lesiones y enfermedades, será obtenida solamente después de que se presente una oferta tentativa de empleo.

Firmando esta forma en la parte de abajo, usted autoriza sin reserva alguna para que este empleador se pueda comunicar con cualquier agencia o compañía para verificar la información arriba mencionada. Además usted autoriza la obtención de esta información arriba mencionada en cualquier momento durante su permanencia en el empleo actual (o contrato). Usted también accede que un fax o fotocopia de esta autorización firmada por usted sea aceptada con la misma autoridad que el original.

Usted tiene el derecho de hacer la requisición de HireCheck, Inc presentado la identificación apropiada y el pago de cualquier cargo legal permisible por la información que haya en sus archivos al momento de ser requerida.

Por este medio usted autoriza y requiere, sin ninguna reserva, para que cualquier empleador actual o formal, escuela, departamento de policía, Institución financiera, división de vehículos motores, agencia de información del consumidor o cualquier otra persona o agencias que tengan conocimiento de usted para proveer a HireCheck, Inc la información histórica de su pasado, ya sea parcial o total que ellos posean para que sean evaluadas para la aceptación de su empleo.

Esto solamente aplica para los solicitantes en los Estados de California, Minnesota u Oklahoma, si usted desea recibir una copia de su reporte de consumidor, si se acepta, por favor marque una equis (x) en este cuadrado . Si usted lo marca y si es un solicitante que se encuentra en el Estado de California, una copia de su reporte de consumo le será enviada a usted dentro de los tres (3) días siguientes de que el empleador haya recibido su copia.

Esto solo aplica para los solicitantes en el Estado de California, si un reporte de su carácter, reputación general, características personales y modo de vida, se obtiene sin usar una agencia de reporte del consumidor, se le suministrará una copia de la información de consumo publica dentro de los siete (7) días siguientes de que el empleador haya recibido su copia a menos que usted marque este cuadro con una equis donde usted autoriza que renuncia a la obtención de una copia del reporte del consumidor .

Escriba su nombre completo: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Licencia del Estado de: Licencia de Conducir Número: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Raza _____ Sexo (M o F) _____

Nombres usados anteriormente: _____

Licencia Profesional: _____ Estado: _____ Tipo: _____ Número: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Libreta y Manual de Seguridad del Empleado Reconocimiento de Recibido

He recibido, y es mi obligacion solamente leer (o he tenido la oportunidad de leer) y estoy de acuerdo de seguir las reglas del Libreto de empleado de la Compania y el Manual de Seguridad. Entiendo que la compania tiene el derecho de cambiar, alterar, suspender, cancelar, y interpretar todas las polizas y practicas de la Compania sin notificar por adelantado a su sola discrecion, y sin tener que dar causa, justificacion o consideracion a ningun empleado de sus derechos.

Nombre del Empleado (Letra de Molde)

Fecha

Firma del Empleado

Nombre del Cliente

Numero de Seguro Social



No Work Comp Injury Form

Today's Date: _____

Client Name: _____

Employee: _____ SS#: _____

(Circle One): New Hire Employee Rehired Employee

_____ has not had any workers compensation injuries
(Employee Name)

occur from the employee start date of _____ to today's date _____.

Authorized Client Signature

Today's Date

Employee Signature

Today's Date

Internal Office Use Only:

Received application by fax/email on _____, with a start date of _____



Employee Payroll Direct Deposit Authorization

Section I: Type of Enrollment Action
(Select one of the following)

New Direct Deposit

Change Direct Deposit

Cancel Direct Deposit

Section II: Employee Information

Employee Name: _____
Social Security Number: _____
Client Name: _____

- ◆ I hereby authorize my employer to directly deposit my pay into the bank account (s) specified.
- ◆ I am attaching a **voided check** for the account (s) specified below. This authorization is to remain in force until the company has received written authorization from me of its termination or change.
- ◆ Also, I grant my employer the right to correct any electronic funds transfer resulting from an erroneous overpayment by debiting my account to the extent of such overpayment.

Section III: Financial Institution Information
(Please complete for New / Change in Direct Deposit Only)

Checking or Savings Account 1:	Checking or Savings Account 2:
Bank Name: _____	Bank Name: _____
Address: _____	Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____	City: _____ State: _____ Zip: _____
Personal Account No. _____	Personal Account No. _____
Type of Account: (circle one) Checking Savings	Type of Account: (circle one) Checking Savings
Percentage Amount: _____ % Dollar Amount: \$ _____	Percentage Amount: _____ % Dollar Amount: \$ _____
Routing and Transit No. _____	Routing and Transit No. _____

Section IV – Important Information Relating to Direct Deposits

1. It can take **two or three pay cycles** after receipt of your authorization form for your Direct Deposit to become effective. All direct deposit will be run on a prenote status first to verify correct banking information. Employees are responsible for verifying that their funds have been direct deposited to his/her account.
2. The undersigned hereby agrees that their final check will not be direct deposited.
3. **Funds transferred by electronic transmission normally post to the account 1 to 3 banking days after payroll is processed. Employees remain responsible for verifying that their funds are deposited and available prior to writing checks or debiting their account (s).**

Signature of Employee (All Authorizations Must Be Signed)

Date

Please return this form with a voided check by fax or mail to the information below:
Mail: 6754 Willowbrook Park Drive, Suite 200, Houston, TX 77066 Fax: (281)398-1960



PROCEDIMIENTOS DE ACCIDENTES/HERIDAS

*** Empleado-Retenga para sus registros ***

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

1. TODOS ACCIDENTES/las HERIDAS deben ser reportado a su capataz o su supervisor, aunque ninguna atención médica se requiere. El empleado herido debe completar un Informe de la Herida de Empleado/Accidente aunque la atención médica no se requiere. Se colocará en su archivo médico para la referencia futura en caso de problemas.
2. El supervisor debe completar un Informe de Supervisor del Accidente, en otras palabras a la persona que se reporta en su trabajo, al mismo tiempo el informe de accidente de empleado es llenado, a pesar que la atención médica no se requiera. Ambos reportes tienen que ser enviado por fax a la oficina de Employee Pro al (281)398-1960.
3. Si la herida requiere atención médica y no es una situación de emergencia, tenga su supervisor que llame (281) 398-1955 antes de ir a una facilidad médica. En caso de una emergencia, tenga su supervisor que llame y informe a cual facilidad médica lo van a transportar. Necesitamos autorizar el tratamiento, arreglar facturar apropiado, y determinar que la facilidad siga los procedimientos apropiados.
4. Si un empleado debe estar fuera por incapacidad, él/ella debe notificar a su Supervisor. Si esta fuera por un período extendido de tiempo, el empleado debe reportarse a su oficina o llamar por lo menos una vez por semana a Employee Pro para avisarles de su estado. Al recibir un de alta medica para regresar al trabajo, usted tiene que llamar a la oficina para informarles de su disponibilidad.
5. En cualquier momento que un empleado está en trabajo ligero las restricciones del doctor se deben seguir. El empleado puede volver a sus deberes regulares solo cuando el de alta medica esta escrito por el doctor. Es su responsabilidad de decirle al doctor que Employee Pro tiene toda clase de trabajo ligero.
6. Una prueba de drogas se requiere para todas heridas. Una prueba de drogas se requiere tomar dentro 24 horas despues que una herida ha ocurrido. Rechazo de somitirse a una prueba de la droga, tendra las mismas consecuencias como una prueba positiva de droga o alcohol.
7. Entiendo y concuerdo de seguir los procedimientos de accidente. Entiendo que ningún 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 Employee Pro. En caso de una herida, yo autorizo el acceso repleto a copias de registros médicos, los informes de la radiología, prueba de droga/alcohol y documentos de cualquier relacionado a mi herida/enfermedad pasado o presente a Employee Pro. Yo concuerdo en liberar esta información y sostengo todos tales proveedores médicos inofensivos de la liberación de esta información como expuso en esta autorización.