



# NUEVO PAQUETE DE IMPLEMENTACIÓN DE EMPLEADOS DE ALQUILER

(Para ser completado por la compañía del cliente)

Empresa cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de empleado: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Ubicación/Propiedad: \_\_\_\_\_

Fecha de contrato original del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de contrato de PEO: \_\_\_\_\_

Título profesional: \_\_\_\_\_ Código comp: \_\_\_\_\_ Estado de trabajo: \_\_\_\_\_

Estado de Empleado:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Temp Tiempo Completo  Temp Tiempo Parcial

Empleado #: \_\_\_\_\_ Reloj #: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Tarifa de pago: \$ \_\_\_\_\_  Cada Hora  Salario  Comisión  Otro

Frecuencia de pago:  Semanal  Quincenal  Semi-Mensual  Mensual

## LISTA DE CONTROL DE LA COMPAÑÍA DEL CLIENTE

Indique a continuación cada sección/formulario que se ha completado y devuelto a SWBC PEO:

\_\_\_\_\_ Información Del Empleado

\_\_\_\_\_ Formulario W-4 (Para el año actual) (Por favor incluya una copia de la tarjeta SS)

\_\_\_\_\_ Información de Contacto en Caso de Emergencia

\_\_\_\_\_ Formulario I-9 Verificación de Elegibilidad de Empleo (Adjunte copias de los documentos de Autorización de identidad y empleo)

\_\_\_\_\_ Información de EEO/acción afirmativa

\_\_\_\_\_ Posición de Beneficios por Desempeño Reasignación

\_\_\_\_\_ Estatus de Veterano

\_\_\_\_\_ Reconocimiento del Empleado

\_\_\_\_\_ Pago directo de la nómina/Inscripción De tarjeta de pago electrónico

\_\_\_\_\_ Seguro de Vida

\_\_\_\_\_ Aviso al empleado sobre los requisitos de la red de compensación para trabajadores

Nombre de Empleado

Firma del Empleado

Fecha

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE PAQUETE A SU REPRESENTANTE DE SERVICIO AL CLIENTE POR CORREO ELECTRÓNICO O POR FAX AT 210-468-4629**



## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

(Par Ser Completado por el Empleado)

---

Nombre de empleado: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo #: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

---

En caso de una emergencia, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona con la que desea que nos contactemos:

Nombre de contacto principal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo #: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN EEO/AFIRMATIVA ACCIÓN

La información en este formulario se recopila de todos los empleados con el propósito de cumplir con las Leyes y Reglamentos de Igualdad de Oportunidades y Acción Afirmativa. Las oportunidades de empleo están abiertas para solicitantes calificados sin distinción de raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional o ascendencia, discapacidad, estado de veterano o cualquier otra base que esté prohibida por la ley federal, estatal o local. Se realizan adaptaciones razonables para personas discapacitadas calificadas.

Se requiere que todos los empleados completen este formulario al contratarlo. Cualquier información que se brinde se usará solo de conformidad con las Órdenes de Igualdad de Empleo y Acción Afirmativa aplicables, Actos y Regulaciones.

Gender:  Masculino  Femenina

Please check the EEO Identification Group that best applies to you:

- Hispano o Latino:**  
Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.
- Blanco (No Hispano o Latino):**  
Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o África del Norte.
- Negro o Afroamericano (Not Hispanic or Latino):**  
Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico (No Hispano o Latino):**  
Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- Asiático (No Hispano o Latino):**  
Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el Subcontinente Indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Indio Americano o Nativo de Alaska (No Hispano o Latino):**  
Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego a la comunidad.
- Dos o Más Rasas (No Hispano o Latino):**  
Todas las personas que se identifican con más de una de las carreras anteriores, excluyendo a aquellos que se identifican como hispanos o latinos.
- Rechazar a Estado**



## ESTATUS DE VETERANO

---

Esta información puede ser reportada al Servicio de Entrenamiento de Empleo del Departamento de Veteranos de los Estados Unidos.

- Sí (Si es así, selecciona de abajo)**                       No
- Veterano Discapacitado     Declinar Declarar
- Otro Veterano Protegido
- Medalla del Servicio de las Fuerzas Armadas
- Veterano Separado Recientemente

**Veterano discapacitado** – un veterano del servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. Que tiene derecho a una indemnización (o quien, excepto el pago militar jubilado, tendrá derecho a una indemnización) según las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos, o persona que fue dada de alta o liberada del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio.

**Otro veterano protegido** – un veterano que sirvió en servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU. Durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual se ha autorizado una insignia de campaña.

**Medalla de servicio de las Fuerzas Armadas** – un veterano que, mientras estaba en servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU., Participó en una operación militar de los Estados Unidos por la cual se otorgó una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas de conformidad con la Orden ejecutiva 12985 (61 Fed Reg. 1209).

**Veterano separado recientemente** – un veterano durante el período de tres años que comienza en la fecha en que el veterano es dado de baja o deja de prestar servicio activo en el servicio militar, terrestre, naval o aéreo de los EE. UU.



## DEPÓSITO DIRECTO DE NÓMINA/INSCRIPCIÓN DE LA TARJETA DE PAGO ELECTRÓNICA

- 1) Puede depositar su cheque directamente en una cuenta de su elección (Depósito Directo o Tarjeta Electrónica de Pago). Si Elige Depósito Directo, debe completar y devolver a SWBC Professional Employer Services ("SWBC PEO") el siguiente formulario de autorización junto con un cheque anulado o un recibo de depósito. Puede tener hasta dos (2) cuentas en depósito directo.
- 2) Hay un período de espera (generalmente una (1) nómina) para garantizar que el número de ruta de su institución financiera y su número de cuenta sean correctos. Si cambia instituciones financieras o números de cuenta, se le solicitará que presente un nuevo formulario de autorización y un cheque anulado o un recibo de depósito.
- 3) Cuando elija depósito directo, aún recibirá un talon de pago en cada periodo de nómina.
- 4) El depósito directo puede tardar hasta tres (3) días hábiles a partir de su día de pago programado para llegar a su cuenta. SWBC PEO no se responsabiliza por los sobregiros o los cargos por cheque de NSF causados por la entrega tardía o la publicación de Depósitos Directos en su (s) cuenta (s).
- 5) Si desea cancelar su depósito directo, debe proporcionar una notificación previa por escrito a SWBC PEO.
- 6) Si es despedido, su salario final puede pagarse mediante un cheque de pago regular y no mediante Depósito Directo.

**DEPOSITO DIRECTO**

Financiero Institución	Número de Ruta	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	Dólar Amt. o Porcentaje
1.				
2.				

0

**Tarjeta de Pago Electrónica**

*Meta Bank Routing Number: 073972181*

<b>Nombre:</b>	<b>M.I.</b>	<b>Apellido:</b>
<b>Seguro Social #:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Numero de Celular (Opcional):</b> <small>**For text message confirmations/balances**</small>		<b>Dirección de Correo Electrónico:</b> <small>**For email notifications**</small>

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que SWBC PEO haya recibido una notificación por escrito oportuna de mi parte. Esta autorización reemplaza a todos los demás acuerdos de depósito directo o formularios de autorización.

Autorizo a SWBC a iniciar entradas de crédito y, si es necesario, a iniciar acciones para revertir o corregir una entrada de crédito errónea a mi cuenta de depósito directo o tarjeta de pago electrónico en Meta Bank, con el objetivo de depositar fondos automáticamente en mi cuenta.

**\*\* Recordatorio: Envíe un cheque anulado o un formulario proporcionado or su institución financier para cada cuenta en la que haya autorizado un depósito directo.**

Para ser completado por SWBC PEO

Número de tarjeta de pago: \_\_\_\_\_



## SEGURO DE VIDA GRATIS

Si usted es un empleado regular de tiempo completo que trabaja por lo menos 30 horas a la semana, se le proporciona una póliza de seguro de vida básica de \$ 2,000. Por favor complete la información del beneficiario, firme y coloque la fecha a continuación.

Nombre de Miembro (Last, First M.I.)																																		
Employer Name: SWBC PEO																																		
<p><b>Beneficiario:</b> si designa un fideicomiso o fiduciario, debe tener un Acuerdo de Fideicomiso por escrito. Si designa a un menor (una persona que no es mayor de edad), puede ser necesario designar un tutor o un representante legal antes de que se pueda pagar el beneficio por fallecimiento. Esto significa un gasto legal para el beneficiario y un retraso en el pago del seguro. Tenga esto en cuenta al nombrar a su beneficiario.</p>																																		
<b>BENEFICIARIO PRIMARIO</b>																																		
<b>Full Name</b>	<b>% of Benefit</b>	<b>Address</b>	<b>Social Security #</b>	<b>Relationship</b>																														
1.																																		
2.																																		
<b>CONTINGENT BENEFICIARY</b>																																		
<b>Full Name</b>	<b>% of Benefit</b>	<b>Address</b>	<b>Social Security #</b>	<b>Relationship</b>																														
1.																																		
2.																																		
<p><b><u>Beneficiary Examples:</u></b></p> <p><b>Two Primary Beneficiaries:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">Peter Smith</td> <td style="width: 10%;">60%</td> <td style="width: 30%;">77 America St, Anytown, USA 77777</td> <td style="width: 20%;">xxx-xx-xxxx</td> <td style="width: 10%;">Husband</td> </tr> <tr> <td>Anna Smith</td> <td>40%</td> <td>777 USA St, Anytown, USA 77777</td> <td>xxx-xx-xxxx</td> <td>Daughter</td> </tr> </table> <p><b>One Primary &amp; One Contingent Beneficiaries:</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="5"><b>Primary:</b></td> </tr> <tr> <td>Peter Smith</td> <td>100%</td> <td>77 America St, Anytown, USA 77777</td> <td>xxx-xx-xxxx</td> <td>Husband</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Contingent:</b></td> </tr> <tr> <td>Quincy Smith</td> <td>100%</td> <td>789 Tree St, Anytown, USA 77777</td> <td>xxx-xx-xxxx</td> <td>Son</td> </tr> </table>					Peter Smith	60%	77 America St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Husband	Anna Smith	40%	777 USA St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Daughter	<b>Primary:</b>					Peter Smith	100%	77 America St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Husband	<b>Contingent:</b>					Quincy Smith	100%	789 Tree St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Son
Peter Smith	60%	77 America St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Husband																														
Anna Smith	40%	777 USA St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Daughter																														
<b>Primary:</b>																																		
Peter Smith	100%	77 America St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Husband																														
<b>Contingent:</b>																																		
Quincy Smith	100%	789 Tree St, Anytown, USA 77777	xxx-xx-xxxx	Son																														



# Formulario W-4(SP) (2018)

**Acontecimientos futuros.** Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

**Propósito.** Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2018 si **ambas** de las siguientes situaciones le corresponde:

- Para 2017 tenía derecho a un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre los ingresos retenido porque **no** tenía obligación tributaria y
- Para 2018 espera un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre ingreso retenido porque usted espera **no** tener obligación tributaria.

Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2018 vence el 15 de febrero de 2019. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés, para saber más sobre si reúne los requisitos para la exención de la retención.

## Instrucciones Generales

Si no está exento, siga el resto de estas instrucciones para determinar el número de retenciones que debe reclamar para propósitos de la retención para 2018 y cualquier cantidad adicional de impuestos a ser retenida. Para los salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

También puede usar la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para determinar su retención de impuestos con mayor precisión. Considere usar esta calculadora si

tiene una situación tributaria más complicada, como por ejemplo, si tiene un cónyuge que trabaja, si tiene más de un trabajo o tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo aparte de su trabajo. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, también puede usar esta calculadora para ver cómo la cantidad de impuestos que tiene retenida se compara con su impuesto total previsto para 2018. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

Tenga en cuenta que si retiene demasiados impuestos recibirá un reembolso cuando presente su declaración de impuestos. Si no retiene suficientes impuestos, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa.

**Personas con múltiples trabajos o con cónyuges que trabajan.** Si tiene más de un trabajo a la vez, o si está casado y su cónyuge trabaja, lea todas las instrucciones, incluyendo las instrucciones para la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** antes de comenzar.

**Ingresos no derivados del trabajo.** Si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, puede adeudar impuestos adicionales. O bien, puede usar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4 o la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para asegurarse de tener suficientes impuestos retenidos de su cheque de paga. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 o utilice la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o el Formulario W-4P, en inglés.

**Extranjero no residente.** Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones complementarias para el Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de completar este formulario.

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la(s) hoja(s) de trabajo en sus archivos. -----

Formulario <b>W-4(SP)</b>		<b>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</b>		OMB No. 1545-0074
Department of the Treasury Internal Revenue Service		▶ Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.		<b>2018</b>
1 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, marque el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de 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 800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ▶ <input type="checkbox"/>		
5 Número total de exenciones que reclama (de la hoja de trabajo que le corresponda en las siguientes páginas) . . . . .				5
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de paga . . . . .				6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2018 y certifico que cumplo con <b>ambas</b> condiciones, a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque <b>no</b> tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto <b>no</b> tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí . . . . . ▶				7
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.				
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶		Fecha ▶		
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 si envía este certificado al IRS y complete las líneas 8, 9 y 10 si lo envía al State Directory of New Hires (Directorio estatal de personas recién empleadas).		9 Primera fecha de empleo	10 Número de identificación del empleador (EIN)	



**Employment Eligibility Verification**  
**Department of Homeland Security**  
 U.S. Citizenship and Immigration Services

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 08/31/2019

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

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

<b>Section 1. Employee Information and Attestation</b> <i>(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)</i>					
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Last Names Used (if any)
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town	State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number □□□□ - □□ - □□□□		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number

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

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

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States		
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>		
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____		
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           QR Code - Section 1            Do Not Write in This Space         </div>	
<i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i>		
1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____		
<b>OR</b>		
2. Form I-94 Admission Number: _____		
<b>OR</b>		
3. Foreign Passport Number: _____		
Country of Issuance: _____		

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

**Preparer and/or Translator Certification (check one):**

I did not use a preparer or translator.     A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.  
*(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)*

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

Signature of Preparer or Translator		Today's Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	
Address (Street Number and Name)		City or Town	State ZIP Code





**Employment Eligibility Verification**  
**Department of Homeland Security**  
**U.S. Citizenship and Immigration Services**

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 08/31/2019

**Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification**

*(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")*

<b>Employee Info from Section 1</b>	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write in This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				

**Certification:** I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ (See instructions for exemptions)

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative		First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	ZIP Code

**Section 3. Reverification and Rehires** *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

<b>A. New Name (if applicable)</b>			<b>B. Date of Rehire (if applicable)</b>	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)	

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

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	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---



## **BENEFICIOS DE DESEMPLEADO REASIGNACIÓN DE POSICIÓN**

---

Si es despedido o despedido por la Compañía Cliente, debe ponerse en contacto con SWBC PEO al final del primer día hábil inmediatamente posterior al día en que fue despedido o cesante para solicitar la reasignación a un nuevo puesto.

Debe comunicarse con el departamento de Recursos Humanos de SWBC PEO llamando al (830) 980-1200 y solicitar una reasignación. Si no se contacta con SWBC PEO dentro del plazo establecido anteriormente, se considerará que ha abandonado su relación laboral con SWBC PEO y, conforme a la ley de Texas, se le pueden negar los beneficios del seguro de desempleo. La reasignación no está garantizada.

---

**Nombre De Empleado**

**Employee Firma**

**Fecha**



*El empleado debe conservar documentos adicionales de los empleados en las páginas 13-50.*

## **EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT**

---

El empleado reconoce que ha leído cada documento contenido en este paquete de nuevas contrataciones, ha entendido sus términos, ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre su contenido y está firmando este reconocimiento por su propia voluntad. El empleado reconoce además su recepción y acuerdo para cumplir con los siguientes documentos:

Contrato de condiciones de trabajo

Política De Abuso De Sustancias

Aviso de Compensación al Trabajador en Texas

Autorización de Deducción Salarial del Empleado

Acepto cumplir con todas las políticas, procedimientos, normas y reglamentos de los Colaboradores, ya sean orales o escritos, incluidos los contenidos en este Paquete de nuevas contrataciones.

Entiendo y acepto que los Co-Empresarios pueden deducir de mi pago de vez en cuando por las razones que se encuentran dentro de los términos de la Autorización de Deducción Salarial que se encuentra en la Página 19 de este Paquete de Nueva Contratación.

SWBC PEO y la Compañía Cliente son empleadores con igualdad de oportunidades y no discriminan en reclutamiento, contratación, capacitación, promoción u otras políticas de empleo en función de la edad, raza, sexo, color, religión, origen nacional, discapacidad, estado de veterano o cualquier otro. otra base que está prohibida por la ley federal, estatal o local.

Acepto notificar inmediatamente a SWBC PEO y a la Compañía Cliente si se me declara culpable, recibo una adjudicación diferida o me declaro culpable o no impugna un delito grave, o cualquier delito relacionado con deshonestidad o abuso de confianza, durante mi período de empleo.

Entiendo que la información falsa o engañosa que figura en mi solicitud o en este Paquete de nuevas contrataciones puede dar como resultado el alta, independientemente del momento del descubrimiento. También entiendo que debo cumplir con todas las reglas y regulaciones de SWBC PEO y la Compañía Cliente.

---

**Nombre De Empleado**

---

**Employee Firma**

---

**Fecha**