

ESG NEW HIRE PAPERWORK	Date received & initials completed	DATE FAXED & INITIALS	CMG NEW HIRE PAPERWORK	Date received & initials completed	DATE FAXED & INITIALS
EMPLOYEE NAME: (Last, First) GarciaMendez, Carlos	↓ 1/29	↓ 1/29	EMPLOYEE NAME: (Last, First)	↓	↓
ESG New Hire Application	1/29	1/29	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	1/29	1/29	CMG Emergency Contact Info		
Employment Eligibility – I-9- 2 forms of ID - copies			Employment Eligibility – I-9 2 forms of ID - copies		
(1) DL Auth	1/29		(1)		
(2) SS card card	1/29		(2)		
W-4	1/29		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	1/29		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
CMG Time	1/29		E-VERIFY		
			CMG HANDBOOK-date reviewed and distributed with new employee		
Additional information:	Starts 2/11/08		EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT		

CMG CORPORATE FAX NUMBER: 303-736-7767

Day



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

STRICTLY CONFIDENTIAL

LAST NAME: Garcia
Apellido Nombre

FIRST NAME: Carlos
Primero Nombre

MIDDLE INITIAL: Jsmar
Segunda Inicial

ADDRESS: 429 8TH AVE
Direccion

CITY: Worthington
Ciudad

STATE: M.N.
Estado

ZIP: 56187
Zona Postal

HOME PHONE #: 507-727-0189
Teléfono

CELL PHONE #: _____
Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 11-15-81
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 578-33-0219
Numero de Seguro Social

GENDER: FEMALE _____ MALE X MARITAL STATUS: MARRIED _____ SINGLE _____
Género Mujer Masculino Estado Civil Casado Soltero

ETHNIC ID: (WHITE, BLACK, HISPANIC, ASIAN, INDIAN) HISPANIC
origen étnia

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME: Nancy S.
Nombre

PHONE #: 507 727-0189
Teléfono

FOR CMG USE ONLY:

HIRE DATE: 1/29/08

START DATE: 2/1/08

TERM DATE: _____

SALARY (Hourly): 10.00

SHIFT: 1-DAY 2-NIGHT 3-OVERNIGHT

1-DAY BUSSEY 2-NIGHT BUSSEY

DEPARTMENT: _____

SUPERVISOR: _____

BADGE #: _____

PRIMARY LANGUAGE: _____

WORKERS COMP CODE: _____

EMPLOYMENT STATUS

Agency Referral _____ CMG Recruit ✓

CMG Rollover Date: _____

Client Rollover Date: _____

Revised: Sept. 2007



**Employer
Solutions
Staffing
Group LLC**

Solicitud

7300 Metro Blvd, Suite 635
Edina, MN 55439
Tel. 952.835.1288

Información personal—

Apellido Garcia Mendez Primer nombre Carlos Ismael

Segundo nombre _____

Dirección (número de casa y calle) 429 8th Ave

Cuidad/estado/código postal—

Waukegan MN 56187

Tfno. de la casa 507-727-089 Tfno. para recados _____

Compañía/empleador _____

Todas las ofertas de empleo son condicionales hasta que se muestre evidencia satisfactoria de su identidad y su situación legal para trabajar en los EEUU.

¿Está usted autorizado legalmente para trabajar en los Estados Unidos de América? ☒ SI ☐ NO

Certificación y autorización del solicitante

Yo certifico que todas las declaraciones hechas en mi solicitud son ciertas y exactas y que no he omitido información ni he proporcionado información falsa o engañosa. Entiendo que cualquier omisión o tergiversación tendrá como resultado mi descalificación para el empleo o, si se descubre después de haber empezado a trabajar, mi despido.

Si se me contrata, acepto respetar y seguir las normas y procedimientos de Employer Solutions Group.

Carlos Ismael Garcia Mendez Carlos Ismael Garcia Mendez 1-30-04
Nombre (en letra de imprenta o a máquina) Firma del solicitante Fecha

Una copia o facsímile tendrán la misma validez que una firma original.

For ESSG Office Use Only

DH _____	NHW _____	I-9 _____	_____	W4 _____
Emergency Contact Info _____	Background Release Form _____	Background Results _____	Proof of Insurance _____	Drug Tests _____

Forma W-4(SP) (2008)

Propósito. Llene la Forma W-4(SP) para que su empleador o patrono pueda retenerle el impuesto federal sobre el ingreso correcto de su paga. Debido a que su situación tributaria pudiera cambiar, usted pudiera querer recalcular su retención cada año.

Exención de la retención. Si usted está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme la forma para validarla. Su exención para el 2007 vence el 16 de febrero del 2008. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

Aviso: Usted no puede reclamar la exención de la retención si: (a) su ingreso excede de \$850 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 usted no está exento, llene la Hoja de Trabajo para Descuentos Personales, más abajo. 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/dos empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le apliquen. Sin embargo, usted pudiera reclamar menos (o cero) descuentos.

Cabeza de familia. Por lo general, usted 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.

Créditos tributarios. Usted 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**, abajo. Vea la Publicación 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 a descuentos de la retención.

Ingreso que no proviene de sueldos o salarios. Si usted tiene una suma cuantiosa de ingreso que no proviene de sueldos o salarios, tal como de intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuesto estimado usando la Forma 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto Estimado para Individuos), en inglés. De lo contrario, usted pudiera deber impuesto adicional. Si recibió ingreso por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 919 para saber si usted tiene que ajustar su impuesto retenido en la Forma W-4(SP).

Dos asalariados/dos empleos. Si usted tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual usted tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando la hoja de trabajo de sólo una Forma W-4(SP). Su retención usualmente será la más precisa cuando todos los descuentos son reclamados en la Forma W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos son reclamados en los otros empleos.

Extranjero no residente. Si usted es un extranjero no residente, vea las *Instructions for Form 8233* (Instrucciones para la Forma 8233), disponibles en inglés, antes de llenar esta Forma W-4(SP).

Revise su retención. Después de que su Forma W-4(SP) entre en vigencia, use la Publicación 919, en inglés, para saber cómo la cantidad en dólares que a usted se le está siendo retenida se compara con la cantidad total de impuestos prevista para el 2007. Vea la Publicación 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	Añote "1" para usted mismo si nadie más le puede reclamar como dependiente.	A	_____
B	Añote "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 \$1,000 o menos.	B	_____
C	Añote "1" para su cónyuge. Pero, usted puede escoger anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotando "-0-" pudiera ayudarle a evitar que le retengan una cantidad de impuesto demasiado baja.)	C	_____
D	Añote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que usted reclamará en su declaración de impuestos.	D	_____
E	Añote "1" si usted presentará como cabeza de familia en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , arriba).	E	_____
F	Añote "1" si usted tiene por lo menos \$1,500 en gastos del cuidado de hijos o dependientes por los cuales usted piensa reclamar un crédito (Aviso: No incluya pagos de pensión para hijos menores. Vea la Pub. 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos de cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para más detalles.)	F	_____
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito Tributario por Hijos), en inglés, para mayor información. • Si su ingreso total será menor de \$57,000 (\$85,000 si es casado), anote "2" para cada hijo(a) elegible. • Si su ingreso total será de entre \$57,000 y \$84,000 (\$85,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo elegible más "1" adicional si usted tiene cuatro o más hijos elegibles.	G	_____
H	Sume las líneas desde la A hasta la G, inclusive, y anote el total aquí. (Aviso: Esto pudiera 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 correspondan.

- Si usted 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 usted 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 \$35,000 (\$25,000 si es casado), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos** en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si ninguna de las condiciones de arriba le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 de la Forma W-4(SP), más abajo, la cantidad de la línea H.

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

Forma W-4(SP) Certificado de Exención de la Retención del Empleado		OMB No. 1545-0074 2008
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 o patrono quizás debiera enviar una copia de esta forma al IRS.		
1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. Carlos Ismael	Apellido Garcia Mendez	2 Su número de seguro social 578 33 0219
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) 429 8th Ave		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 encasillado para "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) Washington MN 55187		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 para una nueva tarjeta. ☐
5 Número total de exenciones que reclama usted (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que aplica en la página 2).	6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago.	
7 Yo reclamo la exención de la retención para el 2007 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 yo no tenía ninguna obligación tributaria y • Este año yo tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria.		
Si usted cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí.		
Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi mejor saber y entender, es verdadero, correcto y completo.		
Firma del empleado (La forma no es válida a menos que usted la firme.) Carlos S. Garcia Mendez		Fecha 1-30-08
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS.)	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador o patrono (EIN)

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

LISTA A	LISTA B	LISTA C
Documentos que Establecen Ambas la Identidad y Elegibilidad Para Trabajar	Documentos que Establecen la Identidad	Documentos que Establecen la Elegibilidad para el Empleo
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)
	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	
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	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.

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 <u>Garcia Mendez</u>	First <u>Carlos</u>	Middle Initial <u>T.</u>	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>429 8th Ave</u>		Apt. #	Date of Birth (month/day/year) <u>11-15-81</u>
City <u>Waukegan</u>	State <u>IL</u>	Zip Code <u>60087</u>	Social Security # <u>578-33-0219</u>

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 <u>Carlos T. Garcia Mendez</u>	Date (month/day/year) <u>1-30-08</u>
--	---

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: <u>Emp. Auth Card</u>		<u>DL</u>		<u>SS Card</u>
Issuing authority: <u>US</u>		<u>MN</u>		<u>US Govt</u>
Document #: <u>EAC0801780395</u>		<u>V082204869510</u>		<u>578-33-0219</u>
Expiration Date (if any): <u>3/9/09</u>		<u>11/15/2011</u>		
Document #:				
Expiration Date (if any):				

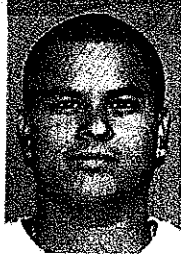
CERTIFICATION - I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) 1/29/08 and that to the best 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 <u>Ashley Postma</u>	Print Name <u>Ashley Postma</u>	Title <u>Admin Assistant</u>
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) <u>ESSG 7300 Metro Blvd W35 Edina MN 55439</u>		Date (month/day/year) <u>1/29/08</u>

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)

MINNESOTA
DRIVER'S LICENSE



CARLOS ISMAEL GARCIA MENDEZ
429 8TH AVE
WORTHINGTON, MN 56187

Date of Birth **11-15-1981**
 Sex **M** Eyes **BRN** Class **D**
 Height **5-6** Weight **142**
 ISSUED **10-2007** EXPIRES **11-15-2011**

V082204869510 *Carlos Ismael Mendez*

U.S. DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY, U. S. Citizenship and Immigration Services

EMPLOYMENT AUTHORIZATION CARD

The person identified is authorized to work in the U.S. for the validity of this card.

NAME **GARCIA MENDEZ, CARLOS I**

Card # 094-462-416



A# **094-462-416**
 CARD # **EAC0801780395**
 Birthdate **11/15/81** Category **R7** Sex **M**
 Country **None**
 Employment **None**
 Terms and Conditions **None**
 AND SECUR

NOT VALID FOR REENTRY TO U.S.

CARD VALID FROM **12/19/07** EXPIRES **03/09/09**

SOCIAL SECURITY

VALID FOR WORK ONLY
WITH INS AUTHORIZATION
578-33-0219
 THIS NUMBER HAS BEEN ESTABLISHED FOR
CARLOS ISMAEL GARCIA
Carlos Ismael Garcia
 SIGNATURE

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 01/29/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008029174309JY

Initial Verification:

Last Name:	Garciamendez	First Name:	Carlos
Middle Initial:	I	Maiden Name:	
Social Security Number:	578-33-0219	Date of Birth:	11/15/1981
Hire Date:	01/29/2008	Citizenship Status:	Alien Authorized to Work (Alien or I94 # required)
Alien Number:	094462416	I-94 Number:	
Card Number:	EAC0801780395		
Document Type:	I-766	Doc. Expiration Date:	03/09/2009
Initiated By:	SEVA4775	Initiated On:	01/29/2008

Initial Verification Results:

Last Name:	GARCIA MENDEZ	First Name:	CARLOS
		Expire Date:	03/09/2009

[Click to Enlarge](#)

Initial Eligibility: EMPLOYMENT AUTHORIZED

SSA Referral:

Referral By:	Referral Date:
--------------	----------------

Verification Response:

Eligibility:	Response Date:
--------------	----------------

SSA Resubmittal:

Last Name:	First Name:
Middle Initial:	Maiden Name:
Social Security Number:	Date of Birth:
Initiated By:	Initiated On:

Resubmittal Verification Results:

Eligibility:

Additional Verification:

Comments:	
Initiated By:	Initiated On:

Verification Response:

Eligibility:	Response Date:
--------------	----------------

DHS Referral:

Referral By:	Referral Date:
--------------	----------------

DHS Referral Results:

Eligibility:	Response Date:
--------------	----------------

Case Resolution:

Resolve Option:	
Resolved By:	Resolved On:

**INFORMACIÓN PARA NOTIFICACIÓN EN CASO DE
EMERGENCIA
DE EMPLOYER SOLUTIONS STAFFING GROUP**

Su Nombre: Carlos Ismael Garcia Merced

Dirección: 429 8th Ave Washington MN 56187

Teléfono de la casa: 507-727-0219

Persona(s) a contactar en caso de emergencia en el trabajo (en orden de preferencia):

1. Nombre: Nancy S.

Teléfono (trabajo): 507-727-0219

Teléfono (casa): _____

2. Nombre: _____

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): _____

Información adicional que usted quiere que Employer Solutions Staffing Group y nuestros clientes sepan en caso de emergencia:

Background Investigation Information Release Form

Please read this form carefully and be aware that by allowing Employer Solutions Staffing Group LLC to investigate your background with state and federal agencies, you will be waiving and releasing all claims for damages you might sustain arising out of the criminal and driving record background check and review.

I understand that a successful criminal and driving record background investigation is a condition of my employment by Employer Solutions Staffing Group LLC to work at facilities of

_____, and, further, that Employer Solutions Staffing Group may, at its discretion, conduct periodic criminal and driving record background investigations on me during the course of my employment with Employer Solutions Staffing Group.

I agree to waive and relinquish all claims I may have against Employer Solutions Staffing Group LLC and its officers, agents, servants and employees as a result of my participation in any criminal and driving record background investigation.

I do hereby fully release and discharge Employer Solutions Staffing Group LLC, its respective officers, agents, servants, and employees from any and all claims from damages that I may have or that may accrue to me on account of the results of any aspect of any criminal and driving record background investigation.

I further agree to indemnify and hold harmless and defend Employer Solutions Staffing Group LLC, its respective officers, agents, servants, and employees from any and all claims resulting from damages sustained by me or arising out of, connected with, or in any way associated with, any of the activities of any criminal and driving record background investigation and review.

I have read and fully understand this Waiver and Release of All Claims.

<table border="1"><thead><tr><th>Last</th><th>First</th><th>Middle</th></tr></thead><tbody><tr><td>Employee Full Legal Name (Printed)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Garcia Munder</td><td>Carlos</td><td>Ismael</td></tr></tbody></table>	Last	First	Middle	Employee Full Legal Name (Printed)			Garcia Munder	Carlos	Ismael	Social Security # 578 33 0219	Birthdate 11 15 81
Last	First	Middle									
Employee Full Legal Name (Printed)											
Garcia Munder	Carlos	Ismael									
Minnesota Driver's License Number V082204869510	Date Signed 1-30-08										

Carlos F. Garcia Munder
Signature



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

This agreement made this 30th day of January, 2008, between Employer Solutions Staffing Group LLC, hereinafter referred to as "employer", and hereafter referred to as "employee".

WITNESSETH:

For the duration of my employment and after resignation or termination of this employment with employer, for any reason whatsoever, the employee shall not use or disclose to any other person or company, and confidential or proprietary information or know-how related to the business of the employer.

In view of the difficulty of determining the amount of damages which may result to the employer from a violation of any of the provisions hereof, the employee agrees to pay to the employer the sum of \$10,000 as liquidated damages for every such violation; provided, however, that the payment of such amount as liquidated damages shall not be construed as a release or waiver by the employer of the right to prevent any such violation in equity or otherwise.

Carlos J. Garcia Mendez
Employee Signature

[Signature]
Employer Solutions Staffing Group LLC, Representative

**DRUG AND ALCOHOL
TESTING CONSENT FORM**

1. I have been allowed to read and inspect a written copy of ESSG policy on drugs and alcohol.

2. I have read the entire contents of this policy and I am aware and fully understand: (a) the policy and its contents; (b) what conduct the policy prohibits and the consequences of such conduct; (c) my rights under the policy and the consequences if I exercise certain rights; and (d) that certain events as described in the policy may result in adverse personnel action, including my termination from employment with ESSG. I understand that this policy in any form, and any employee handbook including this policy, are not a unilateral employment contract or offer thereof.

4. I hereby voluntarily consent to ESSG, or its health service providers, or other persons or entities acting for or with them, to collect a body component (blood, urine, breath, or any combination thereof) from me for testing for alcohol and/or drugs. I understand that the laboratory selected by ESSG may conduct testing and other analysis on the sample provided by me. I further voluntarily consent to the laboratory's disclosure to ESSG of the results of my drug and/or alcohol test and other information related to the test.

Carlos J. Garcia Mendez
Individual's Name

1/29/08
Date

SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6

CMG

Corporate Management Group, Inc.

Formulario de solicitud de empleo

Fecha 1-29-08

Nombre Carlos Ismael Garcia Mendez
Nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Domicilio 429 8th AVE Worthington MN 56187
Numero Calle Ciudad EstadoCodigo

Telefono (507) 727-0189 No. de seguro social 578 - 33 - 0219

Menor de 18 anos? Si ☒ NO, Si su contestacion fue si, Puede comprobar elegibilidad para trabajar? Si ☐ NO

Tiene autoorizacion para trabajar en los EE.UU.? ☒ Si ☐ NO. Necesita comprobar su elegibilidad si es contratado/a.

Puesto que solicita Cualquier puesto
 Y sueldo que espera \$10.00
 Turno Cualquier Turno - dia - noche

Horas Extraordinarias? ☒ Si ☐ No

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	MAYOR O TITULO
Colegio secundario	<u>J-C-B</u>	<u>8 grado</u>
Universidad	<u>Salvador</u>	
Escuela de formacion empresarial O industrial		
Escuela Profesional		

Ha sido usted alguna vez declarado culpable por un delito que tiene relacion considerablemente con las funciones o calificaciones que se relacionan con el puesto que esta solicitando? ☒ No ☐ Yes (Tener antecedentes no significa necesariamente que le descalifiquen de antemano para obtener empleo).

Si su contestacion fue Si, explique la cantidad de condenas, la naturaleza del/los delito(s), naturaleza del (los) delito(s) que lo/la llevo a ser condenada, cuanto tiempo hace que cometi6 tal delito, la sentencia que se le aplico y el tipo de rehabilitacion

TIENE LICENCIA DE CONDUCIR? ☒ Si ☐ No

Por favor escriba dos referencias que no sean familiares.

Nombre Narciso Madrid

Direction _____

Telefono () _____

Nombre Santos Garcia

Direction _____

Telefono () _____

MILITAR

USTED ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS?

☐ Si ☒ No

¿ USTED MIEMBRO DE LA GUARDIA NACIONAL?

☐ SI ☒ No

Especialidad _____ Fecha en que se alisto _____ Fecha de baja _____

Experiencia laboral

Por favor escriba su experiencia laboral en los ultimos siete años comenzando con su puesto mas reciente. Si era trabajador autonomo, escriba el nombre de empresa. Adjunte paginas adicionales si es necesario.

Nombre de empleador Q.P.P. Numero de telefono () X

Domicilio Austin. M.N. Supervisor Juan SOTO

Motivo por el cual dejo el trabajo (sea especifico/a)

Por Emergencia

Posiciones/Deberes:

matanza

Nombre de empleador X Numero de telefono () X

Domicilio Sibley Supervisor Emerson martinez

Motivo por el que dejo el trabajo (sea especifico/a)

@ con ~~Inter~~ Se Termino

Posiciones/Deberes:

Car gando O- Tiran de Can ceto

Nombre de empleador _____ Numero de telefono () _____

Domicilio _____ Supervisor _____

Motivo por el que dejo el trabajo (sea especifico/a)

Posiciones/Deberes:

CMG GUIA DE ENTREVISTA PARA LA CORPORACION DE SUZLON ROTOR
FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
 SI USTED NO ESTA SEGURO DE COMO RESPONDER, DEJE EI ESPACIO SIN LLENAR

Nombre de solicitante _____ Fecha _____

1.) Esta usted de acuerdo en tomar una prueba de alcohol y/o droga antes de contratar con nuestra empresa?

Si ☒ No _____ Porque no? _____

Esta usted de acuerdo en tomar un examen de salud antes de contratar con nuestra empresa?

Si ☒ No _____ Porque no? _____

Puede trabajar en los EE.UU. legalmente? Explique de que forma? Ciudadano- Immigrante Residente-Otro? *Permiso de Trabajo*

Tiene usted transportacion buena? Si ☒ No _____ Que tan lejos tiene que viajar en millas? *50*

Va a necesitar que alguien lo lleve al trabajo? Si _____ No ☒

Que tan lejos vive usted de Suzlon Rotor Corporation? 0-10, 10-25, 25-50, 75-100, 100+ millas

Cual turno es mejor para su horario? 1o 5am-3:30pm, o 2o, 3pm -1am?

Puedes trabajar cualquier turno? Si ☒ No _____ Puedes trabajar horas extras? Si ☒ No _____

Estas de acuerdo con el pago por hora de \$9.00? Si _____ No ☒

Si su respuesta es no, cual es el pago por hora que usted desea? *10.5*

Alguna vez ha sido sentenciado por un delito? Si _____ Cuando? _____ No ☒

Alguna vez lo han despedido de un trabajo? Si _____ No ☒

Si es que si, explique la razon _____

Por lo regular, cuantas veces por mes falta de su trabajo? Nunca ☒ 1-2 veces ☒ 3+ veces _____

Por cual razon? *Emergen cia*

SOLICITANTE: FAVOR DE NO ESCRIBIR ABAJO DE ESTA LINEA

Is the application signed Yes - No Are both the application and questions above completed? Yes - No
Was the applicant on time for their interview? Yes - No How did the applicant hear about CMG/Suzlon
PHYSICAL JOB REQUIREMENTS. ASK THE APPLICANT IF THEY CAN PERFORM THE FOLLOWING:

Tiene usted movimiento completo de su cabeza, cuello, y cuerpo Si _____ No _____

Puede usted cargar/levantar hasta 50 libras de peso si es necesario? Si _____ No _____

Puede Ud. trabajar en sus rodillas? Si _____ No _____ Puede Ud. trabajar de pie por 10 horas? Si _____ No _____

Puede usted trabajar cerca de vapores o polvo por un turno de 10 horas? Si _____ No _____

Alguna vez ha utilizado un respirador?

Alguna vez ha trabajado en un ambiente de fabricacion? Si _____ No _____ Si respondio que si, donde?

Expliquenos donde y cuales eran sus responsabilidades:

Esta usted trabajando ahora? Si _____ No _____ Porque desea salirse de su trabajo? _____

Cuanto tiempo lleva en su busqueda? _____

Esta usted en un descanso temporario? (layoff) Si _____ No _____

A donde ha solicitado trabajo or entrevistas? _____

Cuando estara usted disponible para empezar a trabajar? _____

Require usted dos semanas para avisar su empleo? Si _____ No _____

Dos referencias: Nombre/Titulo: Comentarios: _____

DOCUMENTO DE RENUNCIA
DEL FORMULARIO DE SOLICITUD

Por favor escriba sus iniciales en los espacios que se proporciona abajo como una indicación que usted ha leído y comprendido cada frase.

A cambio de la consideración de mi solicitud de empleo por la CMG, (en lo sucesivo, "la Compañía"), estoy de acuerdo en que:

Ni la aceptación de esta solicitud ni la consiguiente entrada en cualquier tipo de relación de empleo, sea en el puesto solicitado o en cualquier otro puesto y sin tener en cuenta los contenidos de los manuales del empleado, manuales del personal, planes de beneficio, declaraciones de políticas y documentos similares que puedan surgir de vez en cuando u otras prácticas empresariales, servirán para crear un contrato de empleo real o implicado. C.II para conceder cualquier derecho para permanecer como un empleado de CMG, o de otro modo para cambiar de cualquier manera la relación de empleo a voluntad entre la Compañía y el/la abajo firmante, C.II y esa relación no se podrá cambiar excepto con un instrumento escrito y firmado por el Propietario/Gerente General de la Compañía. C.II Tanto el/la abajo firmante como la compañía X pueden terminar la relación de empleo en cualquier momento, sin aviso o razón. C.II Si soy contratado/a, entiendo que la Compañía puede cambiar o modificar unilateralmente sus beneficios, políticas y procedimientos y esos cambios pueden incluir la reducción de beneficios. C.II

Yo autorizo a la investigación de todas las declaraciones hechas en esta solicitud. C.II Entiendo que la distorsión o la omisión de los hechos requeridos es suficiente razón para despido en cualquier momento sin previo aviso. C.II Por la presente le concedo autorización a la Compañía para contactar con las escuelas, empleadores previos (salvo los indicados), referencias y otros y descarga la Compañía de cualquiera responsabilidad que sea resultado de tal contrato. C.II

Yo entiendo que, con respecto al procesamiento de rutina de su solicitud de empleo, la Compañía puede pedir un informe de consumidor de una agencia proveedora de informes de consumidor que incluya la información que concierne a mi historial de cuentas de crédito, referencias, mi reputación en general, características personales y manera de vivir. C.II la Compañía me proporcionará toda información adicional que concierne a la naturaleza y alcance de cualquier informe que ha pedido, siguiendo mi solicitud por escrito, como es requerido por el Fair Credit Reporting Act (ley de informe de crédito justo). C.II

También entiendo que mi empleo con la Compañía será de prueba durante noventa (90) días y en cualquier momento de este período de prueba o a partir de entonces, mi relación de empleo con la Compañía puede ser terminada por cualquier razón y por cualquier parte. C.II

Firma del postulante

Carlos J. García Mendez

Fecha:

1-29-08

CMG ofrece la igualdad de oportunidades de empleo. Cumplimos con una política de toma de decisiones laborales sin discriminación contra raza, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, edad o invalidez. Le aseguramos que la oportunidad que tenga de conseguir trabajo con CMG depende solamente de sus cualidades.

Gracias por haber rellenado este formulario de solicitud y por su interés en nuestra empresa.

CMG

Corporate Management Group, Inc.

PRUEBA DE DROGA Y ALCOHOL REGLAMIENTO Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

CMG está comprometido a mantener un ambiente de trabajo seguro y productivo, en todas las instalaciones y lugares en los cuales asigne asociados y se compromete a proteger toda propiedad conectada con dicho empleo. El acuerdo y cooperación de esta política y la firma de este formato es requerido a todas las personas como una condición de trabajo o para continuar trabajando en CMG.

Es política de CMG no contratar a ninguna persona que obtenga una prueba positiva por consumo de cualquier droga ilegal o por el uso de drogas ilegales o una droga controlada, en cualquier cantidad, sin tener en cuenta la frecuencia y sin una prescripción médica. Por lo tanto, y de acuerdo con la ley, asociados de CMG pueden ser requeridos para que se sometan a una prueba de anti-droga por cualquiera de las siguientes razones:

- Continúa de trabajo.
- Por sospecha razonable de un gerente de CMG o cualquier gerente de algún cliente de CMG.
- Después de un accidente (relacionado con accidentes de trabajo).
- Al azar para asegurar consistencia y continuidad de la política (al azar para los empleados en trabajos de seguridad-sensibles)
- Carta recordativa que prueba durante y después del tratamiento químico de la dependencia.

Yo comprendo, que de acuerdo con esta política, puedo ser solicitado para ir a un centro profesional de prueba de droga y suministrar una muestra de mi orina y/o fluidos corporales, tejidos o filamentos para análisis químicos.

Yo acedo, libre y voluntariamente, a este pedido de muestra o muestras de orina y/o fluidos corporales, tejidos o filamentos. Por este medio yo concedo a CMG, al especialista médico obtener las muestras y que el laboratorio realice los análisis (incluyendo sus empleados, agentes y contratistas) y por cualquier responsabilidad que surge del mismo, por el suministro de mi orina y/o fluidos corporales, tejidos o filamentos. Las decisiones de mi empleo serán basadas en los resultados de estos análisis.

Yo comprendo, que cualquier persona que rechaza tomar la prueba puede ser descalificada para el empleo con la compañía, constante con la ley del estado. Cualquiera persona que falla en la prueba recibirá oportunidades proporcionadas del tratamiento según lo indicado de acuerdo con ley del empleo de Minnesota. La prueba inicial y las pruebas confirmativas para los resultados positivos están a expensas de la compañía. El reexaminar está a mi costo.

Yo comprendo que tengo el derecho de explicar una prueba positiva o de solicitarla y de pagar una contra-prueba confirmativa.

He leído el presente reglamento y el formato de consentimiento y estoy de acuerdo en someterme a la prueba de droga y alcohol como parte de los terminos y condiciones de empleo de CMG.

NOMBRE Carlos J. Garcia Mendez (letra de molde)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL 578-33-0219

FIRMA Carlos J. Garcia Mendez FECHA 1-29-08

TESTIGO _____ FECHA _____

Employee Referral Form

I, POSE-S- (Your Name) was referred to work at Suzlon Rotor
Corporation by _____ an employee of Suzlon Rotor
(Name of current SRC employee)
Corporation.

Carlos J. Garcia Mendez
Signature

1-29-08
Date

Employee referral form must be submitted at the time of application. After the applicant's completion of 90 days as an employee the referring employee will receive a \$200 referral bonus on their next payroll check.