

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)			EMPLOYEE NAME: (Last, First)		
Candelario Duen, Chela					
ESG New Hire Application	2/1 AD	AD	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	2/1	2/1	CMG Emergency Contact Info		
Employment Eligibility - I- 9- 2 forms of ID - copies			Employment Eligibility - I-9 2 forms of ID - copies		
(1) ID Card	2/1		(1)		
(2) SS Card	2/1		(2)		
W-4	2/1		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	2/1		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
CMG Time	2/1		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

Myra
Syst
Feb 11/08



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

STRICTLY CONFIDENTIAL

LAST NAME: Cheila IVONNE Candebano Duen
Apellido Nombre

FIRST NAME: Cheila MIDDLE INITIAL: I
Primero Nombre Segunda Inicial

ADDRESS: 1443 CLARK St.
Direccion

CITY: Worthington STATE: MD ZIP: 56187
Ciudad Estado Zona Postal

HOME PHONE #: (507) 343 1373 CELL PHONE #: _____
Teléfono Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 4/13/81
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 581 85 2000
Numero de Seguro Social

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

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

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME: Carlos Torres
Nombre

PHONE #: (507) 343 1373
Teléfono

FOR CMG USE ONLY:

HIRE DATE: 2/1/08 START DATE: 2/11/08

TERM DATE: _____ SALARY (Hourly): 10.60

SHIFT: 1-DAY 2-NIGHT 3-OVERNIGHT

1-DAY BUSSER 2-NIGHT BUSSER

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 Candelario Duen Primer nombre Cheila

Segundo nombre IVONNE

Dirección (número de casa y calle) 1443 CLARK ST.

Cuidad/estado/código postal—

WORTHINGTON MN 56187

Tfno. de la casa (507) 343 1373 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? ☒ SÍ ☐ 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.

Cheila Candelario Cheila Candelario 2/1/08
Nombre (en letra de imprenta o a máquina) Firma del solicitante Fecha

Una copia o facsimile 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. Llène 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. Llène 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. 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. 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.) D Añote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que usted reclamará en su declaración de impuestos. E Añote "1" si usted presentará como cabeza de familia en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo Cabeza de familia, arriba). 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.) 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), añote "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), añote "1" para cada hijo elegible más "1" adicional si usted tiene cuatro o más hijos elegibles. H Sume las líneas desde la A hasta la G, inclusive, y añote el total aquí. (Aviso: Esto pudiera ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos.) 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 añote en la línea 5 de la Forma W-4(SP), más abajo, la cantidad de la línea H.	A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ F _____ G _____ 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.	Apellido	2 Su número de seguro social
Cheila T.	Candellario Duey	581-85-2000
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 encasillado 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 encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 para una nueva tarjeta.
1443 CLARK S. E. Washington M.D. 56187		5 ☒ 5
6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago		6 \$
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.		7
Firma del empleado (La forma no es válida a menos que usted la firme.)		Fecha
Cheila Candellario		2/1/08
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llène 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)		11

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

LISTA A

**Documentos que Establecen
Ambas la Identidad y Elegibilidad
Para Trabajar**

LISTA B

**Documentos que Establecen
la Identidad**

LISTA C

**Documentos que Establecen
la Elegibilidad para el
Empleo**

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. 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	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	7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)
	8. Documento tribal de Nativo-Americano	
	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 guadería	

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>Candelario</u>	First <u>Cheila</u>	Middle Initial <u>Ch. C</u>	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>1443 CLARK S.F.</u>		Apt. #	Date of Birth (month/day/year) <u>4-13-81</u>
City <u>WORTHINGTON</u>	State <u>MINN</u>	Zip Code <u>56107</u>	Social Security # <u>581 85 2000</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 Cheila Candelario Ram Date (month/day/year) 4/13/08

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>ID Card</u>		<u>SS Card</u>
Issuing authority: _____		<u>MN</u>		<u>US Govt</u>
Document #: _____		<u>F61602242713</u>		<u>581-85-2000</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>4/13/2011</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) 4/13/08 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 135 Edina MN 55439</u>		Date (month/day/year) <u>2/1/08</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)
--	-----------------------

MINN. STATE

**IDENTIFICATION CARD
NOT A DRIVER'S LICENSE**



CHEILA IVONNE CANDELARIO DUEN
1202 EAST 9TH AVE
WORTHINGTON, MN 56187

Date of Birth 04-13-1981

Sex	Eyes	Class
F	BRN	ID
Height	Weight	
5-0	126	

ISSUED 03-2007 EXPIRES 04-13-2011

F616022427313

Cheila Candelario Duen

SOCIAL SECURITY

581-85-2000

THIS NUMBER HAS BEEN ESTABLISHED FOR

CHEILA CANDELARIO DUEN

Cheila Candelario Duen

SIGNATURE

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 02/01/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008032101642LX

Initial Verification:

Last Name:	Candelarioduen	First Name:	Cheila
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	581-85-2000	Date of Birth:	04/13/1981
Hire Date:	02/01/2008	Citizenship Status:	Citizen or National of the United States
Alien Number:		I-94 Number:	
Document Type:	List B, C Documents	Doc. Expiration Date:	
Initiated By:	SEVA4775	Initiated On:	02/01/2008

Initial Verification Results:

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:

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

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

Su Nombre: Cheila Candalaria Duen

Dirección: 1443 CLARX S.T. Worthington

Teléfono de la casa: (507) 343 1373

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

1. Nombre: Carlos Torres

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): (507) 343 1373

2. Nombre: Mario Rodriguez

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): (507) 343 0511

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.

Employee Full Legal Name (Printed)	Last	First	Middle	Social Security #	Birthdate
candelario cheila				581 85 2000	4 13 81
Minnesota Driver's License Number	Date Signed				
	2-1-08				

Cheila Candelario Dren
Signature



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

This agreement made this 1 day of February, 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.

Chaita Cardelario Diaz
Employee 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.

Cheta Cardenas Diaz
Individual's Name

2/1/08
Date

SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6



Corporate Management Group, Inc.

Formulario de solicitud de empleo

Fecha 11.30.07

Nombre cheila IVONNE candelario Duen
Nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Domicilio 1443 CLARK S.L. WORTHINGTON MD 56187
Numero Calle Ciudad EstadoCodigo

Telefono 507 343 1373 No. de seguro social 581-85-2000

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

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

Puesto que solicita Cualquier Horas Extraordinarias? ☒ SI ☐ No

Y sueldo que espera 1 - \$2.00 por hora

Turno Cualquier

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	MAYOR O TITULO
Colegio secundario		
Universidad		
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 Wesley Rexes
 Direccion 1443 CLARK S.L. APT 2
WORTHINGTON MD 56187
 Telefono 507 227-0626

Nombre Soel Alvarado
 Direccion 1202 9 Ave.
WORTHINGTON MD 56187
 Telefono 507 343-0260

MILITAR

USTED ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS?

☐ SI ☒ No

ENTERED
 OCT 4 08

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 EL ESPACIO SIN LLENAR

Nombre de solicitante cheila r candiano Fecha 11/30/07

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?

Tiene usted transportacion buena? Si ☒ No ☐ Que tan lejos tiene que viajar en millas? _____
 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, 2o 2a, 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? _____

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? _____

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? Yes at P.M. window
 alguna vez ha trabajado en un ambiente de fabricacion? Si ☒ No ☐ Si respondio que si, donde?
 Expliquenos donde y cuales eran sus responsabilidades:
P.M. window

Esta usted trabajando ahora? Si ☐ No ☒ Porque desea salirse de su trabajo? _____
 Cuanto tiempo lleva en su busqueda? 2 months
 Esta usted en un descanso temporario? (layoff) Si ☐ No ☒
 A donde ha solicitado trabajo or entrevistas? _____
 Cuando estara usted disponible para empezar a trabajar? ASAP
 Require usted dos semanas para avisar su empleo? Si ☐ No ☒
 Dos referencias: Nombre/Titulo: Comentarios: _____

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:

- Continuación 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 accedo, 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 términos y condiciones de empleo de CMG.

NOMBRE Cheila Candelario Duen (letra de molde)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL 581-85 2000

FIRMA Cheila Candelario Duen FECHA 11/30/07

TESTIGO _____ FECHA _____

SUZLON ROTOR CORP.

APPLICATION FOR EMPLOYMENT

We are an equal opportunity employer, dedicated to a policy of nondiscrimination in employment on any basis. Consistent with the Americans with Disabilities Act, applicants may request accommodations needed to participate in the application process.

PERSONAL INFORMATION		
Last Candelario Duen	First Chela	Middle Initial I
Permanent Address 1443 apt #1 Clary Street Worthington MN 56187		
Telephone Number (507)-343-1373	Message Telephone Number None	
Are you 18 years or older? ☒ YES ☐ NO Social Security Number 581 - 85 - 2000		
Position Applying For any job		Date You Can Start Right NOW
Are You Currently Employed? YES ☐ NO ☒		If YES, may we contact your present employer? YES ☐ NO ☐
Have you applied to this company before? YES ☐ NO ☒		If YES, where and when?

Do you have a High School Diploma or GED? YES ☐ NO ☒ If NO, Highest Grade Completed		Studies in High School	
SPECIAL TRAINING OR EDUCATION BEYOND HIGH SCHOOL			
Name of School/Institution	Course of Study	Type of Degree/Certificate or Occupational License	
MILITARY SERVICE RECORD			
Are you a Veteran? YES ☐ NO ☒	Branch	Dates of Service From To	
What type of education, training and work experience did you receive in the military?			

INVITATION FOR SELF-IDENTIFICATION

Invitation for Self-Identification of Minority, Vietnam Era Veteran, Disabled Veteran, Other Eligible Veteran, or Persons with a Disability

Submission of information is voluntary; refusal to identify will not adversely affect any applicant or employee. This information will be kept confidential. Please check the appropriate box(es):

SEX: Female ☒ Male ☐ PERSON WITH DISABILITIES: YES ☐ NO ☒
(Please communicate any special accommodations required.)

RACE / ETHNIC GROUP

☐ Asian/Pacific Islander ☐ African Origin ☒ Hispanic ☐ Native American Indian or Alaskan Native ☐ White

VETERAN STATUS

☐ Vietnam Era Veteran on active duty between August 5, 1964, and May 7, 1975.
☐ Disabled Veteran a person entitled to a disability at 30 percent or more incurred in the line of duty.
☐ Other Veteran on active duty 180 days or more and served in a campaign for which a badge has been awarded.

ENT/20/AD

EMPLOYMENT HISTORY

Indicate below all work experience beginning with your current or most recent position.
(This section must be completed, even if a resume is attached.)

Employer	Shawing pigs & packaging		Telephone Number	
Address			City, State, ZIP Code	Windom MN
Job Title	PM Windom	Start Date:	Aug 25 2004	Start Rate: \$ 9.50 per hour
Department		Last Date:	Junio 1 2007	Last Rate: \$ 10.50 per hour
Supervisor	David	Reason for Leaving	pregnacy	May we contact this employer? YES ☒ NO ☐
Main Job Duties				

Employer			Telephone Number	
Address			City, State, ZIP Code	
Job Title		Start Date:		Start Rate: \$
Department		Last Date:		Last Rate: \$
Supervisor		Reason for Leaving		May we contact this employer? YES ☐ NO ☐
Main Job Duties				

Employer			Telephone Number	
Address			City, State, ZIP Code	
Job Title		Start Date:		Start Rate: \$
Department		Last Date:		Last Rate: \$
Supervisor		Reason for Leaving		May we contact this employer? YES ☐ NO ☐
Main Job Duties				

Employer			Telephone Number	
Address			City, State, ZIP Code	
Job Title		Start Date:		Start Rate: \$
Department		Last Date:		Last Rate: \$
Supervisor		Reason for Leaving		May we contact this employer? YES ☐ NO ☐
Main Job Duties				

Name	Relationship	City, State	Telephone Number
carlos		Washington	(507) 777.0024

I certify that all facts contained in this application (and accompanying resume) are true and complete to the best of my knowledge. I understand that any false statement, omission, or misrepresentation on this application (and accompanying resume) is sufficient cause for refusal to hire or dismissal, if I have been employed, no matter when discovered by the Company. I authorize investigation of all statements contained in this application (and accompanying resume, if any) as may be necessary in arriving at an employment decision.

Signature

Date

Chita Camblacio Dan

11/16/07

(Rev. 04/10/06)



Corporate Management Group, Inc.

Formulario de solicitud de empleo

Fecha 1/24/08

Nombre Chito IVCHNE Candelario Duen
Nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Domicilio 1443 CLAY S. F. WASHINGTON MD 56187
Numero Calle Ciudad Estado Código

Telefono (502) 343-13-73

No. de seguro social 581-85-2000

Menor de 18 años? ☐ 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 Contador
Y sueldo que espera lo que pagan
Turno

Horas Extraordinarias? ☒ Si ☐ No

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	MAYOR O TITULO
Colegio secundario		
Universidad		
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 Carlos Ortiz
Direction 915 N. S. F.
Washington MD 56187
Telefono (502) 727-00-24

Nombre Pedro Figueroa
Direction 612 Burlington
Washington MD 56187
Telefono (502) 343-02-60

MILITAR

USTED ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS?

☐ Si ☐ No

ENTERED
2/1/2008

ES USTED MIEMBRO DE LA GUARDIA NACIONAL?

☐ SI ☒ No

Especialidad _____

Fecha en que se alistó _____

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 PLM BEEF

Numero de telefono 502 622,52-13

Domicilio _____

Supervisor David

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

por Embarazo

Posiciones/Deberes:

limpiar empaque aspiradora

Meat Packer

Nombre de empleador _____

Numero de telefono (_____)

Domicilio _____

Supervisor _____

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

Posiciones/Deberes:

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 EL ESPACIO SIN LLENAR

Nombre de solicitante cheila candebario Fecha 1/24/08

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?

Tiene usted transportacion buena? Si ☒ No ☐ Que tan lejoz 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, 50-75-100, 100+ millas

Cual turno es mejor para su horario? lo 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? _____

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, cuantes veces por mes falta de su trabajo? Nunca ☒ 1-2 veces ☐ 3+ veces ☐

Por cual razon? _____

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? 3 meses

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

A donde ha solicitado trabajo or entrevistas? _____

Cuando estara usted disponible para empezar a trabajar? 08/01/08

Require usted dos semanas para avisar su empleo? Si ☐ No ☒

Dos referencias: Nombre/Titulo: Carlos Ortiz

Pedro Figueiredo

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, 2 o 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, 2 y esa relación no se podrá cambiar excepto con un instrumento escrito y firmado por el Propietario/Gerente General de la Compañía. 2 Tanto el/la abajo firmante como la compañía X pueden terminar la relación de empleo en cualquier momento, sin aviso o razón. 2 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. 2

Yo autorizo a la investigación de todas las declaraciones hechas en esta solicitud. 2 Entiendo que la distorsión o la omisión de los hechos requeridos es suficiente razón para despido en cualquier momento sin previo aviso. 2 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. 2

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. 2 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). 2

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. 2

Firma del postulante

Chela Cardelino Duen

Fecha:

01/28/08

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:

- Continuación 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 accedo, 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 Heila Candelario Duen (letra de molde)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL 581 85 2000

FIRMA Heila Candelario Duen FECHA 01/28/08

TESTIGO _____ FECHA _____

Employee Referral Form

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

Signature

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.

Interview Questions:

Cheila Ivonne Candeburro Ouen

Personal: What is the minimum hourly wage you will consider?

9-10

1. What makes you different from other applicants/employees? Be specific.

Like to do her job right.

2. Why should I hire you? Give me 3 good qualities about yourself.

1. Responsible

2. Punctual

3. Do a good job.

3. What is your greatest strength and weakness?

Greatest strength:

Responsible.

How does your strength benefit you as an employee?

Your weakness:

Does not feel like she has one.

How can or do you overcome or compensate for your weakness?

4. When was the last time you missed work and for what reason? How many times have you missed work this past year?

1 day cold sickness.

5. What was the longest period you stayed in what job? What did you like about the job that kept you there?

3 yrs.

Introduction:

1. Describe some recent work which required you to take accurate measurements. How important was accuracy in measurement to effectively completing this work?

2. What heavy objects are you required to move or handle in your current/past job? What do these objects weigh? For what purpose? What equipment do you use during these tasks? How do these help you?

Boxes of meat. That were 40-45 lbs.

3. What repetitive assembly tasks have you done in the past? What was the hardest aspect of this work? How did you overcome this? How did you maintain the quality of the assembly over time? What machinery (if any) did you use to help you?

Yes at P.M. window.