



employer solutions staffing group

Leveraging Resources in a Changing Market

7301 Ohms Lane, Suite 405

Edina, MN 55439

Teléfono: 952-767-8299

Nuevo Contratar Aplicación

Información personal

Apellido López Figueroa Primer nombre Aramita

Segundo nombre _____

Dirección (número de casa y calle) Calle Riomarati AN-27, urb. Rio Honda II Apto.

Ciudad/estado/código postal

Bayamón, Puerto Rico 00961

Tfno. de la casa (787) 795-5150 Tfno. para recados (787) 375-6104

Compañía/empleador _____

Dirección de correo electrónico aramitalopez@gmail.com

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.

Aramita López Figueroa Aramita López Figueroa Feb. 19 2011
Nombre (en letra de imprenta o a máquina) Firma del solicitante Fecha

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

For ESSG Office Use Only				
DOH _____	NHW _____	I-9 _____	8850 _____	W4 _____
Emergency Contact Info _____	Background Release Form _____	Background Results _____	Unemployment Letter (if applicable) _____	ESC Application _____
For ESSG Client Use				
DOH _____	ROP _____	Work Site Loc. _____	WC Code _____	

DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN (IMPORTANTE - POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN)

DIVULGACIÓN SOBRE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES

Employer Solutions Staffing Group LLC (ESSG) puede obtener información acerca de usted para fines de empleo de una agencia tercera de información a los consumidores. Por lo tanto, puede ser objeto de un "Informe del consumidor" y / o un ("Informe de Investigación") que puede incluir información sobre su carácter, reputación general, características personales y / o modo de vida, y que puede incluir entrevistas personales con fuentes, como sus vecinos, amigos o socios. Estos informes podrán contener información sobre su historial de crédito, historial criminal, la validación de número de seguro social, registros de vehículos de motor ("registros de conducción"), la verificación de su educación o historial de empleo, o de otros controles de antecedentes. El historial de crédito sólo se solicitará cuando dicha información esté sustancialmente relacionado con las funciones y responsabilidades de la posición para la cual usted está solicitando. Usted tiene el derecho, previa solicitud por escrito, dentro de un plazo razonable, a solicitar un informe del consumidor si se ha solicitado y compilado sobre usted, y la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor y de solicitar una copia de su Informe. Por favor, tenga en cuenta que la naturaleza y el alcance de la forma más común de informe investigativo del consumidor obtenido con respecto a los solicitantes de empleo es una investigación sobre la educación y / o historial de empleo llevada a cabo por el Orange Tree Employment Screening, 7275 Ohms Lane, Minneapolis, MN 55439. Tel.: 800-886-4777 or 952-941-9040. Fax: 800-886-0774 o 952-941-9041. El sitio web de ORANGE TREE EMPLOYMENT SCREENING es www.orangetreescreening.com, u otra organización externa. El alcance de esta notificación y autorización es que todo lo abarca, ESSG pondrá obtener de alguna organización externa todo tipo de informes de los consumidores y los informes de investigación de consumo ahora y durante todo el curso de su empleo en la medida permitida por la ley. Como resultado, usted debe considerar la posibilidad de ejercer su derecho a solicitar la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Aceto haber recibido la DIVULGACIÓN SOBRE INVESTIGACIÓN del FONDO Y UN RESUMEN DE SUS DERECHOS BAJO EL ACTA DE CREDITO JUSTO y certifico que he leído y entendido estos dos documentos. Presentamente la presente autorizo la obtención de una "Informe del consumidor" y / o "Informes de investigación de los consumidores" por ESSG en cualquier momento después de la recepción de esta autorización y durante todo mi trabajo, si corresponde. Con este fin, autorizo, sin reservas, a cualquier agencia del orden público, administrador, agencia estatal o federal, institución, escuela o universidad (pública o privada), servicio oficina de información, empresa o compañía de seguros para proporcionar cualquier y toda la información de fondo solicitado por el Orange Tree Employment Screening, 7275 Ohms Lane, Minneapolis, MN 55439. Tel.: 800-886-4777 or 952- 941-9040. Fax: 800-886-0774 o 952-941-9041. El sitio web de ORANGE TREE EMPLOYMENT SCREENING's es www.orangetreescreening.com, otra organización externa que actúa en nombre de la empresa y / o de la propia empresa. Estoy de acuerdo en que un facsímil ("fax"), copia electrónica o fotográfica de esta autorización será tan válida como el original.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido _____

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Otros nombres/alias _____

Seguro Social # _____

Fecha de nac. (dd/mm/aaaa) _____

Licencia de Conducir # _____

Estado de Licencia de Conducir _____

Dirección actual _____

Teléfono # _____

Ciudad / Estado / Código Postal _____

* Esta información se utilizará para fines de selección de antecedentes solamente y no se utilizará como criterios de empleo.

Formulario W-4(SP) (2013)

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

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2013 vence el 17 de febrero de 2014. Vea la Pub. 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si sus ingresos exceden de \$1000 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la Hoja de Trabajo para Descuentos Personales, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus descuentos de la retención basados en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para 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.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos 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. Vea la Pub. 501, en inglés.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios proyectados. 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, a continuación. Vea la Pub. 505, para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una suma cuantiosa de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuesto estimado usando el Formulario 1040-ES, en inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si recibió ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será la más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y caro descuentos se reclaman en los demás. Vea la Pub. 505.

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

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Pub. 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2013. Vea la Pub. 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre desarrollos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada, después de que el formulario haya sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/w4.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos).

A Añote "1" para usted mismo si nació más lo puede reclamar como dependiente B Añote "1" si: • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, llene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. C Añote "1" para su cónyuge. Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja) D Añote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos E Añote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia, anteriormente) F Añote "1" si tiene por lo menos \$1,900 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito 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 sus ingresos totales serán menos de \$65,000 (\$95,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces menos "1" si tiene tres o seis hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene siete o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$65,000 y \$84,000 (\$95,000 y \$119,000) si es casado, anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos H Suma las líneas A a G, inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	A <u>1</u> B _____ C <u>0</u> D <u>2</u> E _____ F _____ G _____ H <u>3</u>
---	---

Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.

- Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2.
- Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$40,000 (\$10,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H.

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

Formulario W-4(SP) Certificado de Exención de Retenciones del Empleado		OMB No. 1545-0074 2013
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.
1 Su primer nombre e inicial del segundo Aramita		2 Su número de Seguro Social 102 56 6816
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) Calle Rio Monté AN-27, urb. Rio Hondo II		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 extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) Bayamon, PR. 00961		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ▶ ☐
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago
7 Reclamo exención de la retención para 2013 y certifico que cumplo con ambas condiciones a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí ▶ <u>7</u>		8 <u>3</u> 9 \$
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). ▶ Aramita Lopez Figueroa ▶ Feb. 19 2014		
6 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional) 10 Número de identificación patronal (EIN)



Government of Puerto Rico
Department of the Treasury
WITHHOLDING EXEMPTION CERTIFICATE

READ INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE BEFORE COMPLETING THIS WITHHOLDING EXEMPTION CERTIFICATE

Complete this form and submit it to your employer. Otherwise, the employer is required to withhold your income taxes without taking into consideration your personal exemption, exemption for dependents and allowance based on deductions, pursuant to the Internal Revenue Code for a New Puerto Rico (Code).

ANY CHANGES IN THE PERSONAL EXEMPTION, THE NUMBER OF DEPENDENTS OR THE ALLOWANCE BASED ON DEDUCTIONS, REQUIRE THE FILING OF AN AMENDED CERTIFICATE.

FOR EMPLOYEE'S USE ONLY

Employee's name <u>Aramita López Figueroa</u>	Employee's social security number <u>102-56-6816</u>
Spouse's name	Spouse's social security number
Home address <u>Calle Rio Manatí AN-27,</u> <u>urb. Rio Hondo II Bayamón P.R. 00961</u>	Postal address <u>Calle Rio Manatí AN-27</u> <u>urb. Rio Hondo II, Bayamón P.R. 00961</u>

☐ Check here if your annual gross wages do not exceed \$20,000. If you want your employer to withhold income taxes on your wages, complete Part D.
Otherwise, proceed to sign this Certificate.

☐ Check here if you choose the provisions of the Military Spouses Residency Relief Act. (See instructions)

☐ Check here if you choose the optional computation of tax in the case of married individuals living together and filing a joint return. (See instructions)

A. PERSONAL EXEMPTION	Complete (Data withheld)	Half	None (Data withheld)
1. Individual taxpayer.....			
2. Married person.....			
3. Additional veterans personal exemption.....			

B. EXEMPTION FOR DEPENDENTS: Number of Dependents <u>02</u>	Complete Exemption	Joint Custody
---	--------------------	---------------

C. ALLOWANCE BASED ON DEDUCTIONS	Complete	None
1. ALLOWANCE BASED ON THE SPECIAL DEDUCTION FOR CERTAIN INDIVIDUALS (See instructions)	☐	☒
2. ALLOWANCE BASED ON DEDUCTIONS (OPTIONAL):		
(a) Home mortgage interest.....		00
(b) Charitable contributions.....		00
(c) Medical expenses.....		00
(d) Interest paid on student loans at university level.....		00
(e) Contributions to governmental pension or retirement systems (See instructions).....		00
(f) Contributions to Individual Retirement Accounts.....		00
(g) Educational Contributions Account.....		00
(h) Contributions to health savings accounts.....		00
(i) Casualty loss on your principal residence.....		00
(j) Loss of personal property as a result of certain casualties.....		00
(k) Total deductions.....		00
3. Number of allowances based on deductions (Divide line 2(k) by \$500).....		
4. Allowances that you want to claim (May be less or equal to line 3).....		

If you are a governmental employee, mark to indicate if you participate in any of the following programs (See instructions):

- ☐ Retirement Withholding Supplementary Plan
☐ Retirement Savings Accounts Program (Indicate the percentage that you elected as contribution _____ %)

D. ELECTION FOR ADDITIONAL WITHHOLDING

☐ I authorize my employer to withhold in each payroll period the amount of \$ _____ or _____ % from my wages in addition to the tax required to be deducted and withheld according to the provisions of Section 1082.01 of the Code. (See instructions)

OATH

I declare under the penalty of perjury that I have examined this form, and to the best of my knowledge, the information contained herein is true, correct and complete. I also certify that the personal exemption, exemption for dependents and the allowance based on deductions claimed herein, for purposes of withholding of income tax on wages, do not exceed the amount that I am entitled to claim on the income tax return, according to the Code.

Aramita López Figueroa
Employee's signature

Feb. 19 2014
Date



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
OMB N.º 1615-0047
Vencimiento 31/03/2016

► **COMIENCE AQUÍ.** Lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles mientras completa este formulario.

NOTIFICACIÓN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Se considera ilegal discriminar a cualquier individuo autorizado a trabajar. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar qué documentos aceptarán de parte de un empleado. Negarse a contratar a un individuo debido a que la documentación presentada tiene una fecha de vencimiento futura también podría constituir un acto discriminatorio ilegal.

Sección 1. Información y declaración del empleado (Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 a más tardar el primer día de empleo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo).

Apellido (Nombre de familia) LOPEZ		Nombre (Nombre de pila) Figueroa		Inicial del segundo nombre Aramita		Otros nombres en uso (si hubiera)		
Dirección (Nombre de la calle y número) Calle Rio Hato, AN 27, Urb. Rio Hato II			N.º de apt. 		Ciudad o pueblo Bayamón		Estado P.R.	Código postal 00961
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 09/29/1967		Número de Seguro Social de los EE. UU. 102-56-6816		Dirección de correo electrónico aramitalopez@gmail.com			Número de teléfono (787) 375-6104	

Soy consciente de que la ley federal impone multas o encarcelamiento por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al completar este formulario.

Declaro, bajo pena de perjurio, que soy (marque uno de los siguientes):

☒ Ciudadano de los Estados Unidos

☐ Nacional no ciudadano de los Estados Unidos (consulte las instrucciones)

☐ Residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero/Número USCIS): _____

☐ Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de vencimiento, si corresponde, mm/dd/aaaa) _____ Algunos extranjeros pueden escribir "N/D" en este campo. (consulte las instrucciones)

Para los extranjeros autorizados a trabajar, proporcione su Número de Registro de Extranjero/Número USCIS O el Número de Admisión en el Formulario I-94:

1. Número de Registro de Extranjero/Número USCIS : _____

O

2. Número de Admisión en el Formulario I-94 : _____

Si obtuvo su número de admisión de la CBP en conexión con su llegada a los Estados Unidos, incluya lo siguiente:

Número de pasaporte extranjero: _____

País de emisión: _____

Algunos extranjeros pueden escribir "N/D" en los campos Número de Pasaporte Extranjero y País de Emisión. (consulte las instrucciones)

Código de barras 3-D
No escriba en este espacio

Firma del empleado: Aramita Lopez Figueroa	Fecha (mm/dd/aaaa): 02/19/2014
---	---------------------------------------

Certificado del asesor o traductor (Debe completarse y firmarse si la Sección 1 fue realizada por una persona que no sea el empleado).

Declaro, bajo pena de perjurio, que brindé asistencia para completar este formulario y que a mi mejor saber y entender la información es verdadera y correcta.

Firma del asesor o traductor:			Fecha (mm/dd/aaaa):	
Apellido (Nombre de familia)			Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Nombre de la calle y número)		Ciudad o pueblo	Estado	Código postal



El empleador completa la siguiente página



**Employer Completes This Page****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 examine a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents" on the next page of this form. For each document you review, record the following information: document title, issuing authority, document number, and expiration date, if any.)

Employee Last Name, First Name and Middle Initial from Section 1:

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:				
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				
Document Title:				
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				

**3-D Barcode
Do Not Write in This Space**

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): 3.3.14 (See Instructions for exemptions.)

Signature of Employer or Authorized Representative		Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
		<u>3.7.14</u>	<u>Acct Mgr.</u>	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Employer's Business or Organization Name
<u>Krol</u>		<u>Tina</u>		EMPLOYER SOLUTIONS STAFFING GROUP LLC
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)			City or Town	State Zip Code
7301 OHMS LANE SUITE 405			EDINA	MN 55439

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

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

C. If employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document from List A or List C the employee presented that establishes current 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:	Date (mm/dd/yyyy):	Print Name of Employer or Authorized Representative:

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 03/07/2014

Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2014066102723SS

Case Information:

Employee Information:

Last Name:	Lopez	First Name:	Aramita
Middle Initial:		Other Names Used:	
Social Security Number:	*** ** 6816	Date of Birth:	09/29/1967
Citizenship Status:	A citizen of the United States	Email Address:	

Document Information:

List B Document:	Driver's license or ID card issued by a U.S. state or outlying possession	List C Document:	Social Security Card
Document Name:	Driver's license	Document State:	Pennsylvania
Driver's License or ID Card Number:		Document Expiration Date:	09/30/2015
Alien Number:		I-94 Number:	

Additional Information:

Hire Date:	03/07/2014	Employer Case ID:	
Three-Day Rule Reason:		Three-Day Rule - Other:	
Submitted By:	CKRO8357	Submitted On:	03/07/2014

Initial Case Result:

Case Result: Employment Authorized

Employee Referred to SSA:

Referred By: Referred On:

Case Result from SSA (after SSA Tentative Nonconfirmation):

Case Result: Response Date:

Resubmitted to SSA (after Review and Update Employee Data):

Last Name:	First Name:
Middle Initial:	Other Names Used:
Social Security Number:	Date of Birth:
Resubmitted By:	Resubmitted On:

Case Result from SSA (after Resubmission):

Case Result:

Request Name Review:

Comments:
Submitted By: Submitted On:

Case Result from DHS (after DHS Verification in Process):

Case Result: Response Date:

Employee Referred to DHS:

Referred By: Referred On:

Case Result from DHS (after DHS Tentative Nonconfirmation):

Case Result: _____ Response Date: _____

Photo Matching Results:

Determination: _____

Employee Referred to DHS (Additional):

Referred By: _____ Referred On: _____

Case Result from DHS (after Additional DHS Tentative Nonconfirmation):

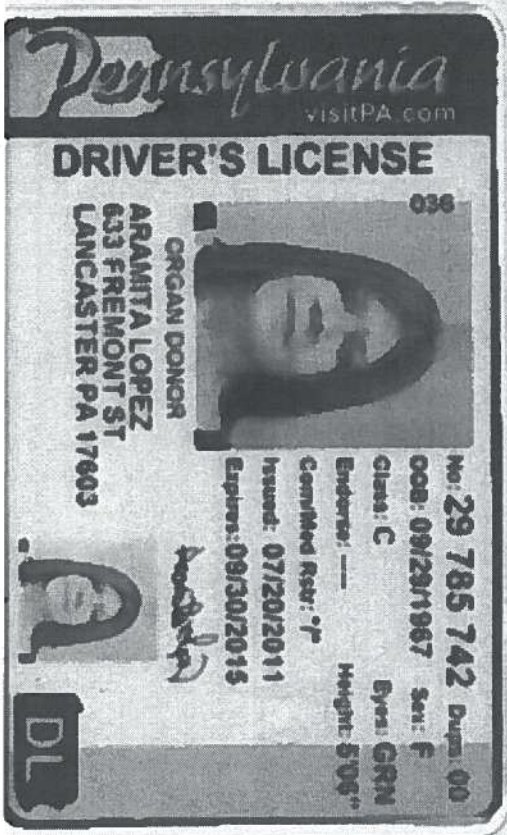
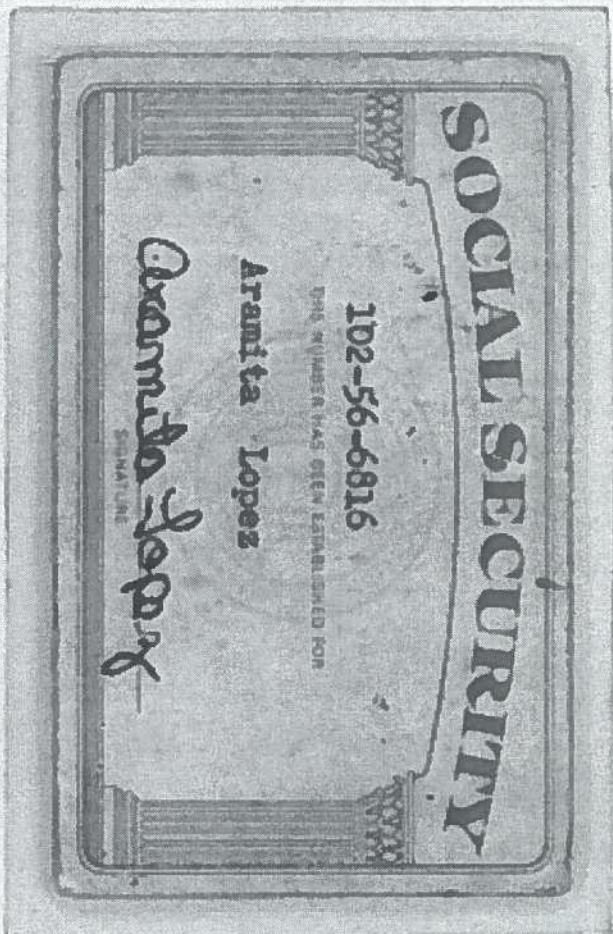
Case Result: _____ Response Date: _____

Case Closure:

Closure Statement: _____

Closed By: _____ Closed On: _____

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED



CONTACTO DE EMERGENCIA INFORMACIÓN

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

Empleado Nombre: Hector J Cintrón Cruz
Dirección (casa): Calle 45 Bldg. 40 #6, Urb. Miraflores Bayamón P.R.
Teléfono (casa): (787) 647-5325

EMERGENCIA CONTACTOS	
Persona(s) a contactar en caso de emergencia en el trabajo (en orden de preferencia)	
Contacto #1 Nombre: <u>Karla Michelle Cintrón</u> Relación: <u>Hija</u>	Teléfono (casa): Teléfono (cellular móvil): <u>(787) 359-1318</u> Teléfono (trabajo):
Contacto #2 Nombre: <u>Katia Mari Cintrón</u> Relación: <u>Hija</u>	Teléfono (casa): Teléfono (cellular móvil): <u>(787) 359-1000</u> Teléfono (trabajo):

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

Esta información será confidencial y sólo será utilizada en el caso de una emergencia.



employer solutions staffing group

Leveraging Resources in a Changing Market

Autorización Para Depósito Directo / Tarjeta de Débito Nómina

Los empleados tienen la opción de recibir salarios por Depósito Directo y / o Tarjeta de Débito Nómina. Si usted no

If proporciona una elección por escrito, los salarios se pagarán con Tarjeta de Débito Nómina.

SECTION 1 INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del Empleado Aramita López Tiqueros	SS# (últimos 4 dígitos) xxx-xx-6816	Fecha de Vigencia
---	--	-------------------

SECTION 2 ELECCIÓN DE NÓMINA

- ☐ Depósito Directo (Por favor, complete las Secciones 3 y 5)
- ☒ Tarjeta de Débito Nómina (Por favor, complete las Secciones 4 y 5 a continuación)

SECTION 3 DEPÓSITO DIRECTO

☐ Actualización Cuenta Bancaria
Nombre del Banco:
Enrutamiento#
Cuenta#
Tipo de Cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Otros:

Entiendo y reconozco que si no entregó un cheque anulado (un recibo de depósito no funcionará) con este formulario de depósito directo, soy responsable de los retrasos en la nómina o los costos adicionales incurridos si el número de cuenta que proporciono no es correcta.

Inicial _____ Fecha _____

- Para ayudar a evitar cometer un error, por favor adjunte una copia de un cheque anulado. (un recibo de depósito no funcionará)
- Si cambia de banco, no cierre su cuenta bancaria hasta que su depósito directo haya comenzado en el nuevo banco, esto puede tomar dos periodos de pago.

SECTION 4 TARJETA DE DÉBITO NÓMINA (GLOBAL CASH CARD)

La ley federal requiere que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifique a cada persona que abre una cuenta. En orden para solicitar una tarjeta de débito nómina para usted, debemos proporcionar toda la información siguiente que permitirá a la institución financiera identificarlo/a. Si usted no presenta una Autorización para Depósito Directo / Tarjeta de Débito Nómina, ESSG proporcionará la información necesaria y se le entregará una tarjeta de débito nómina para pagar sus salarios. Para su protección, la institución financiera puede pedirle que le proporcione información adicional de identificación para que pueda verificar su identidad.

A excepción de los números de enrutamiento y cuenta, ESSG no tiene acceso a ninguna información relacionada con su cuenta de tarjeta de débito nómina o transacciones. En su primer día de pago, usted recibirá su nueva tarjeta de débito nómina, y un paquete que contiene todos los términos y condiciones. A continuación, se firmará un formulario reconociendo que ha recibido la tarjeta de débito nómina y paquetes. Su tarjeta de débito nómina se volverá a cargar en cada día de pago que usted recibe salario.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA (como usted quiere que su tarjeta de débito nómina se publicará)

Nombre Aramita	Segundo nombre	Apellido López	Fecha de Nacimiento 09/29/1967
Dirección (P.D.O. NO ACEPTABLE) Calle Rio Mariati AN 27, urb. Rio Honda II			Seguridad Social # 102 56 6816
Ciudad Bayamón	Estado P.R.	Código Postal 00961	Número de celular móvil (787) 3756104

RECIBA ALERTAS POR TEXTO (SMS), cuando su cheque sea depositado a su tarjeta ☐ Si, inscribe me para alertas de texto

Todo lo que necesitamos es su proveedor de servicio celular y su número móvil:

Mi proveedor de servicio celular móvil: _____

RECIBO DE TARJETA DE DÉBITO NÓMINA (se completará el momento de recoger su tarjeta de débito nómina)

Payroll Debit Card Routing # 122242597	Número de Cuenta de Tarjeta de Débito Nómina #
---	--

He recibido mi tarjeta de débito nómina, un folleto de bienvenida, los honorarios del programa, términos, condiciones y declaraciones del programa. Mediante la activación de mi tarjeta de débito nómina, estoy de acuerdo con los términos, condiciones y declaraciones del programa que se incluyen o fueron puestos a mi disposición de vez en cuando de la institución financiera. Autorizo a la institución financiera para debitar de mi cuenta de la tarjeta de débito nómina de las tasas señaladas en la lista de precios que forma parte de los términos, condiciones y declaraciones del programa.

Firma del empleado: **Aramita López Tiqueros**

Fecha: **Feb. 19 2014**

SECTION 5 AUTORIZACIÓN

Autorizo ESSG para depositar directamente mi sueldos periódicos / pagos de compensación, netos de retenciones fiscales necesarios, otros retenciones o deducciones requeridas y autorizados, en mi cuenta(s) designada por encima e iniciar, si es necesario, de débito y ajustes por cualquier entrada que se realicen en error a mi cuenta(s). *Su Correo Electrónico es necesario para obtener información talón de pago.

*Correo electrónico: **Aramitalopez @ gmail.com**

Firma del empleado: **Aramita López Tiqueros**

Fecha: **Feb. 19 2014**

VERSION EN ESPAÑOL

Para Poner en Pizarrón o Área Accesible y Visible Para Todos

(IMPORTANTE: Para Uso Oficial Solamente Se Puede Usar la Versión en Inglés de "IRS Form 8850")

Form **8850**
(Rev. January 2012)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Pre-Screening Notice and Certification Request for the Consolidated Work Opportunity Tax Credit

OMB No. 1205-0371

► Vea Instrucciones en Ingles

Solicitante de Trabajo: Llene los siguientes blancos y marque con una (X) los encasillados que apliquen. Llene sólo esta página.

Su Nombre _____ Número de Seguro Social ► _____

Dirección de la Calle Donde Usted Vive _____

Pueblo/Ciudad y Código Postal _____

Condado _____ Número de su Teléfono () _____

Si usted es menor de 40 años escriba su fecha de nacimiento aquí (mes, día, año) / /

1 ☐ Marque aquí con una X si Usted recibió una Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local como elegible para participar en el Programa WOTC.

2 ☐ Marque aquí con una X si una de las siguientes situaciones le aplican a Usted.

- Soy miembro de una familia que ha recibido "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) o beneficios de un programa sucesor durante cualquier periodo de 9 meses en los últimos 18 meses.
- Soy veterano y miembro de una familia que recibió beneficios del Programa Suplementario de Alimentación Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos o Programa de "Pan y Trabajo" en Puerto Rico) por lo menos durante un periodo de 3-meses dentro de los últimos 15 meses.
- Fui referido aquí por una Agencia de Rehabilitación Vocacional, la Administración de Asuntos de Veteranos o por una agencia conocida como "Employment Network" del programa "Ticket to Work."
- Tengo por lo menos 18 años pero soy menor de 40 años y soy miembro de una familia que:
 - a. Recibí beneficios del Programa SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) durante los últimos 6 meses, o
 - b. Recibí beneficios de SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, PERO ya mi familia NO es elegible para recibir estos beneficios.
- Durante el año pasado, fui convicto por cometer una felonía/delito o salir libre de la cárcel.
- Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplementario" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.
- Soy veterano y estuve desempleado por un periodo de por lo menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el pasado año.

3 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un veterano y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.

4 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y fue dado de baja del Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA en el pasado año

5 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.

5 ☐ Marque aquí con una X si Usted es un miembro de una familia que:

- Recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) por los menos durante los últimos 18 meses consecutivos, o
- Recibió beneficios de TANF durante cualquier periodo de 18 meses comenzando después del 5 de agosto de 1997, y el periodo mas reciente de 18 meses de beneficios recibidos después del 5 de agosto del 1997 termino en los últimos 2 años; o
- Dejó de ser elegible para recibir beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) en los últimos 2 años porque una ley Federal o estatal redujo el periodo máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar

Bajo penalidad de perjurio, declaro que ofrecí esta información al patrono en o antes del día en que se me ofreció empleo, y es verdadera, correcta y completa.

Firma del Solicitante ► _____

Fecha: / /

**Pre-Screening Notice and Certification Request for
the Work Opportunity Credit**

OMB No. 1545-1500

► See separate instructions.

Job applicant: Fill in the lines below and check any boxes that apply. Complete only this side.

Your name Aramita López Figueroa Social security number ► 102-56-6816
Street address where you live Calle Rio Manatí AN-27 urb. Rio Hondo II
City or town, state, and ZIP code Bayamón Puerto Rico 00961
County _____ Telephone number (787) 375 6104
If you are under age 40, enter your date of birth (month, day, year) _____

- 1 ☐ Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.
- 2 ☒ Check here if any of the following statements apply to you.
- I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but not age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months, or
 - b Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, but is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.
- 3 ☐ Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 4 ☐ Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.
- 5 ☐ Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 6 ☐ Check here if you are a member of a family that:
- Received TANF payments for at least the past 18 months, or
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, and the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years, or
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.

Signature—All Applicants Must Sign

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

Job applicant's signature ►

Aramita López Figueroa

Date Feb. 19 2014

EMPLOYER SECTION:

ESG FEIN#:	ESG Client Name & State:	
Hiring Manager:	Position:	Starting Wage: \$

EMPLOYEE SECTION:

Employee Name: Aramila López Figueroa	Street Address: Calle Rio Mar AN-27, urb. Rio Hondo II	City/State: Bayamón, P.R.	Zip: 00961
SS#: 102-56-6816	Date of Birth: 09/29/1967	Age: 46	Have you worked for this company before? ☐ Yes ☒ No
If yes, location:			

Please complete all questions, and sign and date the form.

Yes No

1. Have you or has anyone living with you received Temporary Assistance to Needy Families (TANF) at any time since August 5, 1997? (If yes, please provide information below.) Name of the person receiving benefits: _____ Relationship to you: _____ City: _____ County: _____ State: _____	☐	☒
2. Have you or has anyone living with you received Food Stamps (SNAP) at any time during the past 15 months? (If yes, please provide information below.) Name of the person receiving benefits: Aramila López Figueroa Relationship to you: myself City: Bayamón County: _____ State: Puerto Rico	☒	☐
3. Have you received Supplemental Security Income (SSI) at any time within the past 3 months? Please note, this is not the same as Social Security benefits (SS) or Social Security Disability (SSDI) benefits. *If you checked yes please provide a copy of your SSI documentation.	☐	☒
4. Have you received any type of vocational rehabilitation services within the past two years? If yes, please indicate which type of agency you worked with and provide their location information below: ☐ Vocational Rehabilitation Agency ☐ Dept. of Veterans Affairs ☐ Employment Network (Ticket to Work Program) Name of Agency: _____ Phone #: _____ City: _____ County: _____ State: _____ *If you checked yes please provide a copy of your active Individual Work Plan and Ticket to Work documentation.	☐	☒
5. Are you a Veteran of the U.S. Military? *If yes, please provide a copy of your DD-214 and letter of separation. (If yes, please provide information below. If no, please continue to question #6) Dates of Service - From: ____/____/____ To: ____/____/____ Branch of Service: _____ Are you entitled to or are you receiving compensation for a service-connected disability? ☐ Have you been unemployed at any time during the last 12 months? ☐ If yes, dates of unemployment - From: ____/____/____ To: ____/____/____ Did you receive unemployment compensation at any point during your unemployment? ☐	☐	☒
6. Have you been convicted of a felony or released from prison for a felony conviction in the past 12 months? Conviction Date: ____/____/____ Release Date: ____/____/____ Was this a ☐ Federal or ☐ State conviction? If State - County: _____ State: _____	☐	☒

Additional Tax Credits

IEC (Native American): Are you or your spouse a member of a Native American Tribe? *If you checked yes please provide a copy of your CDIB card.	☐	☒
CA Residents: ☐ Are you the child of foster parents? ☐ Do you receive CalWorks? ☐ Workforce Investment Act?	☐	☐
☐ Are you a migrant or seasonal farm worker? ☐ Have you ever been convicted of a misdemeanor?	☐	☐
SC Residents: ☐ Do you receive Family Independence Benefits?	☐	☐

PLEASE READ, SIGN, AND DATE:

Under penalties of perjury, I declare the information above to be true and accurate to the best of my knowledge, and I hereby authorize any agency, organization, or individuals to supply such verification or information that may be needed to determine tax credit eligibility to my employer, employer representative (Associated Consultants, Inc. dba Retrotax), or the Department of Labor.

New Employee Signature: Aramila López Figueroa Date: Feb. 19, 2014

