

7301 Ohms Lane, Suite 405
Edina, MN 55439
Teléfono: 952-767-8299

Nuevo Contratar Aplicación

Información personal

Apellido Hernandez Cruz Primer nombre Josue

Segundo nombre Gabriel

Dirección (número de casa y calle) Calle 7 G-23 Saint Just Apto. _____

Ciudad/estado/código postal Trujillo Alto, P.R 00978

Tfno. de la casa 787-291-1717 Tfno. para recados 787-755-4936

Compañía/empleador _____

Dirección de correo electrónico josuehernandezcruz@yahoo.com

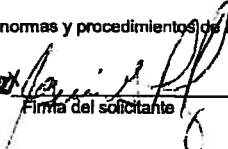
Todas las ofertas de empleo son condicionales hasta que se muestre evidencia satisfactoria de su identidad y su situación legal para trabajar en los EEUU.

¿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.

Josue Gabriel Hernandez Cruz  19-02-2014
Nombre (en letra de imprenta o a máquina) Firma del solicitante Fecha

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

For ESSG Office Use Only				
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 _____	

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 cambia.

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 por 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(a) dependiente(a) 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.

Los asalariados o múltiples empleadores. 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 reclaman en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos se reclaman en los demás. Vea la Pub. 505.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea *Notice 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).

Acordamientos 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 nadie más lo puede reclamar como dependiente. A

B Añote "1" si: B

- Es soltero y tiene sólo un empleo; o
- Es casado, tiene 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) C

D Añote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos D

E Añote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia, anteriormente) E

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 F

(Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Pub. 503, *Child and Dependent Care Expenses* (Gastos del 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, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información. G

- Si sus ingresos totales serán menos de \$65,000 (\$85,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces menos "1" si tiene tres o más 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 (\$85,000 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) H

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

Department of the Treasury Internal Revenue Service 2013

► 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 Josue G Apellido Hernandez Cruz 2 Su número de Seguro Social 582-75-5844

Dirección (número de casa y calle o ruta rural) PO Box 30465

3 Soltero Casado Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero
 Notas: 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) San Juan, PR 00929

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) 5 0

6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago 6 \$ 0

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 retenido 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 7 Exento

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que gentí lo he sabido y entendido, es verdadero, correcto y completo.
 Firma del empleado [Firma] Fecha [Fecha]

8 Nombre y dirección del empleador (Empleado: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS). 9 Código de oficina (opcional) 10 Número de identificación patronal (EIN)



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) Hernandez Cruz	Nombre (Nombre de pila) Josue	Inicial del segundo nombre G.	Otros nombres en uso (si hubiera) N/A
Dirección (Nombre de la calle y número) P.O. Box 30465	N.º de apt. 	Ciudad o pueblo San Juan	Estado PR
Código postal 00929	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 12-25-1977	Número de Seguro Social de los EE. UU. 582-75-5844	Dirección de correo electrónico josuehernandezcruz@yahoo.com
Número de teléfono 787-231-1717			

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 : _____

0

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: X [Signature]	Fecha (mm/dd/aaaa):
--	---------------------

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

STOP **El empleador completa la siguiente página** STOP

**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 Identify and Employment Authorization	OR	List B Identify	AND	List C Employment Authorization
Document Title: <u>Passport</u>		Document Title:		Document Title:
Issuing Authority: <u>USA</u>		Issuing Authority:		Issuing Authority:
Document Number: <u>487047424</u>		Document Number:		Document Number:
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy): <u>7.31.2021</u>		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
Document Title:		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 3-D Barcode Do Not Write in This Space </div>		
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				
Document Title:				
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				

Certification

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

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): 3.3.14 (See instructions for exemptions.)

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

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: 2014066110035DA

Case Information:

Employee Information:

Last Name:	Hernandez Cruz	First Name:	Josue
Middle Initial:		Other Names Used:	
Social Security Number:	*** ** 5844	Date of Birth:	12/25/1977
Citizenship Status:	A citizen of the United States	Email Address:	

Document Information:

List A Document:	U.S. Passport or Passport Card	Document Expiration Date:	07/31/2021
Passport or Passport Card Number:	487047424	I-94 Number:	
Alien 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

**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 Josue G. Hernandez Cruz Social security number ▶ 582-73-5844
Street address where you live Calle 7 C-23 Saint Just
City or town, state, and ZIP code Trujillo Alto
County Puerto Rico 00978 Telephone number 787-221-1717
If you are under age 40, enter your date of birth (month, day, year) 12-25-1997

- 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 ▶ Josue G. Hernandez Cruz
For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 2.

Cal. No. 22851L

Date 19-02-2014
Form **8850** (Rev. 1-2012)

EMPLOYER SECTION:

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

EMPLOYEE SECTION:

Employee Name: <u>Josue G. Hernandez</u>	Street Address: <u>PO BOX 30465</u>	City/State: <u>SAN JUAN</u>	Zip: <u>00929</u>
SS#: <u>582-75-5844</u>	Date of Birth: <u>12/25/1977</u>	Age: <u>37</u>	Have you worked for this company before? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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: _____ Relationship to you: _____ City: _____ County: _____ State: _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation Agency <input type="checkbox"/> Dept. of Veterans Affairs <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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: <u>May 127 2013</u> To: <u>Jan 22 2014</u> Did you receive unemployment compensation at any point during your unemployment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Federal or <input type="checkbox"/> State conviction? If State - County: _____ State: _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CA Residents: <input type="checkbox"/> Are you the child of foster parents? <input type="checkbox"/> Do you receive CalWorks? <input type="checkbox"/> Workforce Investment Act?		
<input type="checkbox"/> Are you a migrant or seasonal farm worker? <input type="checkbox"/> Have you ever been convicted of a misdemeanor?		
SC Residents: <input type="checkbox"/> 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: Josue Hernandez

Date: 19-02-2014

CONTACTO DE EMERGENCIA INFORMACIÓN

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

Empleado Nombre: Josue G. Hernandez Cruz
Dirección (casa): Calle 7 C-23 Saint Just, Trujillo Alto 00978
Teléfono (casa): 787-755-4936
Postal address: P.O. Box 30465, San Juan, PR 00929

EMERGENCIA CONTACTOS	
Persona(s) a contactar en caso de emergencia en el trabajo (en orden de preferencia)	
Contacto #1 Nombre: <u>Abiezer Hernandez</u> Relación: <u>Padre</u>	Teléfono (casa): <u>787-755-4936</u> Teléfono (celular móvil): <u>787.462.7008</u> Teléfono (trabajo): <u>N/A</u>
Contacto #2 Nombre: <u>Aurea Cruz</u> Relación: <u>madre</u>	Teléfono (casa): <u>787-755-4936</u> Teléfono (celular móvil): <u>787-462-3947</u> Teléfono (trabajo): <u>N/A</u>

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

Contacto #3
MARICRIZ BUZO
787.590.5369
(pareja sentimental)

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

Puerto Rico



2573963

JOSUE GABRIEL HERNANDEZ CRUZ
BO SAINT JUST
C-23 CALLE
RUCILLO ALTO, PR 00978

536-3732-880
3541978-8128-0-880
0000000000000000

Alfonso A. Hernandez Guzman



Time Sheet

Associate Name Josue Gabriel Hernandez Cruz Pay Period Ending (Sunday)
(Please Print)

Social Security Number xxx xx 5844
(last 4 digits only)

Client Company: _____

Location : _____

	mm/dd	Time In	Lunch Out	Lunch In	Time Out	Regular Time	Overtime	Vacation (V) Holiday (H)	Total Hours
Mon									
Tues									
Wed									
Thurs									
Fri									
Sat									
Sun									

Weekly Totals (round to nearest quarter hour) _____

Associate Notice

Please fill in this time sheet completely. Make a copy for your records. Give another copy to your supervisor who signs to verify your hours worked. Corporate Management Group, Inc. requires that time sheets are received by 10:00 (mountain time) Monday. Failure to meet this deadline may delay your check by one week.

I certify that I have worked the hours listed on this time sheet. While on this job assignment, I have not had any work-related injuries or illnesses that I have not report to CMG.

X Associate Signature: [Signature] Date: _____

Client Verification

The undersigned, as authorized agent for client company, certifies that the Corporate Management Group employee named on this time sheet, worked acceptably during the period noted on this time sheet. The undersigned agent also certifies and approves the hours listed above on this time sheet.

Client Agent Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Title: _____



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 <i>Josue Gabriel Hernandez Cruz</i>	Employee's social security number <i>582-75-5874</i>
Spouse's name	Spouse's social security number
Home address	Postal address <i>PO BOX 30465, San Juan, PR 00929</i>

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 (less withholding)	Half	None (mere withholding)
1. Individual taxpayer	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Married person			
3. Additional veterans personal exemption			

B. EXEMPTION FOR DEPENDENTS: Number of Dependents 1 Complete Exemption Joint Custody

C. ALLOWANCE BASED ON DEDUCTIONS

1. ALLOWANCE BASED ON THE SPECIAL DEDUCTION FOR CERTAIN INDIVIDUALS (See instructions)	<input type="checkbox"/> Complete	<input type="checkbox"/> None
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 1062.01 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.

Josue Hernandez
Employee's signature

19-02-2014
Date

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 INTEGRACIÓN BÁSICA			
Nombre del Empleado Josue G Hernandez Cruz		SS# (últimos 4 dígitos) 2222 5894	Fecha de Vigencia 19-02-2014
SECTION 2 ELECCIÓN DE NÓMINA			
<input checked="" type="checkbox"/> Depósito Directo (Por favor, complete las Secciones 3 y 5) <input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito Nómina (Por favor, complete las Secciones 4 y 5 a continuación)			
SECTION 3 DEPÓSITO DIRECTO			
<input checked="" type="checkbox"/> Actualización Cuenta Bancaria Nombre del Banco: FIRST BANK Enrutamiento# 221571473 Cuenta# 5000066148 Tipo de Cuenta: <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> 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 19-02-2014	
<ul style="list-style-type: none"> 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 períodos de pago. 			
SECTION 4 TARJETA DE DÉBITO NÓMINA (DEBIT CARD)			
<p>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 lo entregará una tarjeta de débito nómina para pagar sus salarios. Para su protección, la institución financiera puede pedirle que les proporcione información adicional de identificación para que pueda verificar su identidad.</p> <p>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 reciba salario.</p>			
INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA (como usted quiere que su tarjeta de débito nómina se publicará)			
Nombre		Segundo nombre	Apellido
Dirección (APDO NO ACEPTABLE)			Fecha de Nacimiento
Ciudad		Estado	Código Postal
Número de celular móvil:			
RECIBA ALERTAS POR TEXTO (SMS) , cuando su cheque sea depositado a su tarjeta: <input type="checkbox"/> 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: Josue Hernandez Cruz		Fecha: _____	
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: josuehernandezcruz@yahoo.com			
Firma del empleado: Josue Hernandez Cruz		Fecha: 19-02-2014	

JOSUE G HERNANDEZ CRUZ

50734

Pay to the
Order of

VOID

One

\$

Dollars



First Bank

Per
⑆222571473⑆ 50⑆00066148⑆ 7504

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

Acceto haber recibido la DIVULGACIÓN SOBRE INVESTIGACION 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: Feb. 19, 2014

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido Hernández Cruz Nombre Josue

Segundo Nombre Gabriel Otros nombres/alias _____

Seguro Social # 582-75-5844 Fecha de nac. (dd/mm/aaaa)* 25/12/1977

Licencia de Conducir # 2573963 Estado de Licencia de Conducir Puerto Rico

Dirección actual Calle 7 E-23 Saint Just Teléfono # 787-221-1717

Ciudad / Estado / Código Postal Trujillo Alto, PR. 00978

PO. Box 30405,
San Juan, PR. 00929 } postal address

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

582-75-5844