



employer solutions staffing group
Leveraging Resources in a Changing Market

7301 Ohms Lane, Suite 40S

Edina, MN 55439

Teléfono: 952-767-8299

Nuevo Contratar Aplicación

Información personal

Apellido Peraza Primer nombre Eliott

Segundo nombre _____

Dirección (número de casa y calle) Villas de Castro Calle 4 G2 Apto. _____

Ciudad/estado/código postal
Caguas Puerto Rico 00725

Tfno. de la casa _____ Tfno. para recados 787-469-4404

Compañía/empleador _____

Dirección de correo electrónico eliottsura@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? SI NO

Certificación y autorización del solicitante

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

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

Eliott Peraza
Nombre (en letra de imprenta o a máquina)

Eliott Peraza
Firma del solicitante

2-18-2014
Fecha

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

For ESSG Office Use Only				
DOM _____	NHW _____	I-9 _____	8850 _____	W4 _____
Emergency Contact Info _____	Background Release Form _____	Background Results _____	Unemployment Letter (if applicable) _____	ESC Application _____
For ESSG Client Use				
DOM _____	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 cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para usarlo. Su exención para 2013 vence el 1° de febrero de 2014. Vea la Pub. 503, 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 basado 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 recibirá y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estatus de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los gastos de mantener el hogar para usted y para otros dependientes u otros individuos calificadas. Vea la Pub. 501, en inglés.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta ciertos créditos proyectados. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reducidos 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-PR, en inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si recibió ingresos por concepto de pensión o amabilidad, 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 reclaman en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos se reclaman en los demás. Vea la Pub. 503.

Estranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea *Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Alien* (Notas 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. 503, en inglés, para saber cómo re calcular 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 \$120,000 (Anual) 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	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A	<u>1</u>
B	Anote "1" si: • 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.	B	<u>1</u>
C	Anote "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	<u>0</u>
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D	<u>0</u>
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia, anteriormente)	E	<u> </u>
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$1,900 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito (Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Pub. 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para más detalles.)	F	<u> </u>
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 (\$65,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces marque "1" si tiene tres o más hijos que reúnan los requisitos o menos "2" si tiene siete o más hijos que reúnan los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$65,000 y \$81,000 (\$85,000 y \$118,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos	G	<u> </u>
H	Sumo las líneas A a G, inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclama en su declaración de impuestos)	H	<u> </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 8 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	► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a disminuirse 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.	2013
1 Su primer nombre y inicial del segundo	Apellido	2 Su número de Seguro Social
<u>Elionett</u>	<u>Peraza</u>	<u>584-19-3334</u>
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)	3 <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero vive con la tía mayor de Suher	Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
<u>Villas de Castro Calle 462</u>	4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-778-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>	
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
<u>Caguas P.R. 00725</u>		
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponde 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 certifica que cumple con ambas condiciones a continuación, para la exención:
<u> </u>	<u>\$</u>	• El año pasado he estado a un miembro 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
		Firma del empleado
		(Este formulario no es válido a menos que usted lo firme) ► <u>Elionett</u>
8 Nombre y dirección del empleador (Escriba el nombre y dirección de la empresa)	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación patronal (EIN)
		Fecha ► <u>02-18-2014</u>



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>Elionett Peraza</i>	Employee's social security number <i>584-19-3334</i>
Spouse's name	Spouse's social security number
Home address <i>Calle 4 G2 Villas de Castro Laguas PR 00725</i>	Postal address <i>Calle 4 G2 Villas de Castro Laguas PR. 00725</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 (more withholding)
1. Individual taxpayer		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Married person			
3. Additional veterans personal exemption			

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

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

Elionett Peraza
Employee's signature

02-18-2014
Date



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

USCIS
Formulario I-9
 UMB 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) Peraza		Nombre (Nombre de pila) Eliouett		Inicial del segundo nombre		Otros nombres en uso (si hubiera)	
Dirección (Nombre de la calle y número) Calle 462 Villas delastro			N.º de apt.	Ciudad o pueblo Caguas		Estado PR	Código postal 00725
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 03/29/1975	Número de Seguro Social de los EE. UU. 584-19-3334		Dirección de correo electrónico eliottsuru@gmail.com			Número de teléfono 787-469-4404	

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 "ND" 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 : _____

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 "ND" 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: Eliouett Peraza	Fecha (mm/dd/aaaa): 07-18-2014
--	---------------------------------------

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

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 Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title:		Document Title: <u>Drivers License</u>		Document Title: <u>SS card</u>
Issuing Authority:		Issuing Authority: <u>FL</u>		Issuing Authority: <u>SS Admin</u>
Document Number:		Document Number: <u>P620-200-75-109-0</u>		Document Number: <u>584-19-3334</u>
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy): <u>3-29-2021</u>		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 <u>Tina</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>hool</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>MN</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):
--	---

G. 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: 2014066112851SL

Case Information:

Employee Information:

Last Name:	Peraza	First Name:	Elionett
Middle Initial:		Other Names Used:	
Social Security Number:	*** ** 3334	Date of Birth:	03/29/1975
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:	Florida
Driver's License or ID Card Number:	p620200751090	Document Expiration Date:	03/29/2021
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

Florida Scenic State
DRIVER LICENSE CLASS E
P620-200-75-109-0



ELIONETT PERAZA
13461 FIFTH ST
PORT MYERS, FL 33906-2117
DOB 03-20-1978 SEX M
ISSUE 03-20-2010 EXPI 8-08
CLASS 03-20-2010

Elionett Peraza
SAFELY DRIVEN

Operation of a Motor Vehicle constitutes consent to any test only law suggested by law

SOCIAL SECURITY

584720334

THIS NUMBER IS NOT A GUARANTEED FIRM

ELIONETT PERAZA

Elionett Peraza
SIGNATURE

TSA 03/17/2010

CONTACTO DE EMERGENCIA INFORMACIÓN

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

Empleado Nombre: Elionett Peraza
Dirección (casa): Calle 4 G2 Villas de Castro Caguas P.R. 00725
Teléfono (casa): 787-469-4404

EMERGENCIA CONTACTOS	
Persona(s) a contactar en caso de emergencia en el trabajo (en orden de preferencia)	
Contacto #1 Nombre: <u>Leonardo Peraza Cruz</u> Relación: <u>Padre</u>	Teléfono (casa): Teléfono (cellular móvil): <u>787-469-5611</u> Teléfono (trabajo):
Contacto #2 Nombre: <u>Jahaira Rodriguez Ocasio</u> Relación: <u>Novia</u>	Teléfono (casa): Teléfono (cellular móvil): <u>787-559-4620</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.

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 Elionett Peraza Social security number ▶ 581-19-3334

Street address where you live Calle 4 G2 Villas de Castro

City or town, state, and ZIP code Caguas Puerto Rico 00725

County _____ Telephone number 787-469-4404

If you are under age 40, enter your date of birth (month, day, year) 03-29-1975

- 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 6 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.

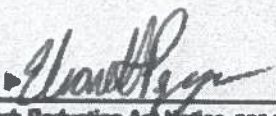
- 4 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.

- 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 ▶ 

Date 02-18-2014

EMPLOYER SECTION:

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

EMPLOYEE SECTION:

Employee Name: <i>Elionett Peraza</i>		Street Address: <i>Calle 4 62 Villas de Castro</i>		City/State: <i>Caguas PR.</i>	Zip: <i>0725</i>
SS#: <i>584-19-3334</i>	Date of Birth: <i>03/29/1975</i>	Age: <i>38</i>	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
<p>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.)</p> <p>Name of the person receiving benefits: _____ Relationship to you: _____</p> <p>City: _____ County: _____ State: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>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.)</p> <p>Name of the person receiving benefits: _____ Relationship to you: _____</p> <p>City: _____ County: _____ State: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>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.</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Vocational Rehabilitation Agency <input type="checkbox"/> Dept. of Veterans Affairs <input type="checkbox"/> Employment Network (Ticket to Work Program)</p> <p>Name of Agency: _____ Phone #: _____</p> <p>City: _____ County: _____ State: _____</p> <p>*If you checked yes please provide a copy of your active Individual Work Plan and Ticket to Work documentation.</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>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.)</p> <p>Dates of Service - From: ____/____/____ To: ____/____/____</p> <p>Branch of Service: _____</p> <p>Are you entitled to or are you receiving compensation for a service-connected disability? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Have you been unemployed at any time during the last 12 months? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, dates of unemployment - From: ____/____/____ To: ____/____/____</p> <p>Did you receive unemployment compensation at any point during your unemployment? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>6. Have you been convicted of a felony or released from prison for a felony conviction in the past 12 months?</p> <p>Conviction Date: ____/____/____ Release Date: ____/____/____</p> <p>Was this a <input type="checkbox"/> Federal or <input type="checkbox"/> State conviction? If State - County: _____ State: _____</p>	<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 C/DIB 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:

I 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. aka Retrotax), or the Department of Labor.

New Employee Signature: *Elionett Peraza* Date: *02-18-2014*

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Employer Solutions Staffing Group		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 20-8084369	
5. Dirección del empleador 7301 Ohms Lane Suite 405		6. Número de teléfono del empleador 952-835-1288	
7. Ciudad Edina	8. Estado MN	9. Código postal 55439	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? ESSG Salud Beneficios Equipo			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 952-767-9519		17. Dirección de correo electrónico health@employersolutionsgroup.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:
 - Todos los empleados.
 - Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: **A base de Sitio por sitio, empleados que trabajan 30+ horas/semana, 1500+ horas/año**
 - En cuanto a los dependientes:
 - No ofrecemos cobertura médica.
 - Si ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: **Dependientes de empleados que están registrados y trabajan en sitios que han elegido seguro médico.**
- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite HealthCare.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita HealthCare.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

- Sí. (Continúe).
13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? **Varia Por Ubicación (dd/mm/aaaa)**. (Continúe).
- No. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo?

Sí. (Pase a la pregunta 15). No. (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido únicamente al empleado (no incluya los planes familiares):

Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

- a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? \$ **Varia - \$0 - \$44.38**
- b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan?

- El empleador no brindará cobertura médica.
- El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? \$ _____

- b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa): _____

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 INVESTIGACION del FONDO y UN RESUMEN DE SUS HECHOS BAJO EL ACTA DE CREDITO JUSTO y certifico que he leído y entendido estos dos documentos. Presentemente 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:

02-18-2014

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido

Perez

Nombre

Elionett

Segundo Nombre

N/A

Otros nombres/alias

Eliott

Seguro Social #*

584-19-3334

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

29 marzo 1975

Licencia de Conducir #

P620200-75-109-0

Estado de Licencia de Conducir

Florida

Dirección actual

Calle 4 B Villas de Castro

Teléfono #

787-469-4404

Ciudad / Estado / Código Postal

Caguas Puerto Rico

00725

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