

ESG NEW HIRE PAPERWORK	Date received & initials completed	DATE FAXED & INITIALS	CMG NEW HIRE PAPERWORK	Date received & initials completed	DATE FAXED & INITIALS
EMPLOYEE NAME: (Last, First)			EMPLOYEE NAME: (Last, First)		
Hanes, Delawisa					
ESG New Hire Application	5/12 AP	AP	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	5/12	5/19	CMG Emergency Contact Info		
Employment Eligibility - I-9- 2 forms of ID - copies			Employment Eligibility - I-9 2 forms of ID - copies		
(1) DL	5/12		(1)		
(2) Scrd	5/12		(2)		
W-4	5/12		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	5/12		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
			E-VERIFY		
			CMG HANDBOOK-date reviewed and distributed with new employee		
Additional information:	Starts 5/19/08		EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT		

CMG CORPORATE FAX NUMBER: 303-736-7767

Day  
Washington  
Bus  
1st Shift



Suzlon

# EMPLOYEE INFORMATION SHEET

STRICTLY CONFIDENTIAL

LAST NAME: Llanes  
Apellido Nombre

FIRST NAME: Delouisa MIDDLE INITIAL: \_\_\_\_\_  
Primero Nombre Segunda Inicial

ADDRESS: 1460 N Burlington Ave #10  
Direccion

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

HOME PHONE #: 507 343 0079 CELL PHONE #: 507 360 1523  
Teléfono Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 06-17-1955  
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 360 52-7455  
Numero de Seguro Social

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

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

EMERGENCY CONTACT INFORMATION	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA	
NAME: <u>Leiby Towns</u>	Nombre
PHONE #: <u>507 360 3659</u>	Teléfono

**FOR CMG USE ONLY:**

HIRE DATE: 5/12/08 START DATE: 5/19/08

TERM DATE: \_\_\_\_\_ SALARY (Hourly): 10.00

SHIFT: 1-DAY 2-NIGHT 3-OVERNIGHT  
1-DAY BUSSER 2-NIGHT BUSSER

DEPARTMENT: \_\_\_\_\_  
SUPERVISOR: \_\_\_\_\_  
BADGE #: \_\_\_\_\_  
PRIMARY LANGUAGE: \_\_\_\_\_  
WORKERS COMP CODE: \_\_\_\_\_

EMPLOYMENT STATUS	
Agency Referral	<input type="checkbox"/>
CMG Recruit	<input checked="" type="checkbox"/>
CMG Rollover Date:	_____
Client Rollover Date:	_____



# Solicitud

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

Información personal—

Apellido Llanes Primer nombre Delouisa

Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección (número de casa y calle) 1460 N Burlington ave #70

Cuidad/estado/código postal—  
Worthington MN 56187

Tfno. de la casa 507 343 0079 Tfno. para recados 507 360 7523

Compañía/empleador \_\_\_\_\_

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

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

### Certificación y autorización del solicitante

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

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

Delouisa Llanes  
Nombre (en letra de imprenta o a máquina)

Delouisa Llanes  
Firma del solicitante

05-14-08  
Fecha

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

For ESSG Office Use Only				
DH _____	NHW _____	I-9 _____	_____	W4 _____
Emergency Contact Info _____	Background Release Form _____	Background Results _____	Proof of Insurance _____	Drug Tests _____

# Forma W-4(SP) (2008)

**Cabeza de familia.** Por lo general, usted puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuesto sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados.

**Créditos tributarios.** Usted puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos al calcular su número permisible de descuentos de la retención. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, abajo. Vea la Publicación 919, *How Do I Adjust My Tax Withholding?* (¿Cómo Ajusto la Retención de mi Impuesto?), en inglés, para obtener información sobre la conversión de sus otros créditos a descuentos de la retención.

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

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

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

**Revise su retención.** Después de que su Forma W-4(SP) entre en vigencia, use la Publicación 919, en inglés, para saber cómo la cantidad en dólares que a usted se le está siendo retenida se compara con la cantidad total de impuestos prevista para el 2007. Vea la Publicación 919, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

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

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

**Aviso:** Usted no puede reclamar la exención de la retención si: (a) su ingreso excede de \$850 e incluye más de \$300 de ingreso no derivado del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos) y (b) otra persona puede reclamarlo a usted como dependiente en su declaración de impuestos.

**Instrucciones básicas.** Si usted no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, más abajo. Las hojas de trabajo en la página 2 ajustan sus descuentos de la retención basados en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes al ingreso o situaciones de dos asalariados/dos empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le apliquen. Sin embargo, usted pudiera reclamar menos (o cero) descuentos.

## Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guárdela para su archivo.)

A Anote "1" para usted mismo si nadie más le puede reclamar como dependiente. A \_\_\_\_\_

B Anote "1" si: B \_\_\_\_\_

- Usted es soltero y tiene sólo un empleo; o
- Usted es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o
- Sus sueldos o salarios de un segundo empleo o los de su cónyuge (o el total de los dos) son de \$1,000 ó menos.

C Anote "1" para su cónyuge. Pero, usted puede escoger anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotando "-0-" pudiera ayudarle a evitar que le retengan una cantidad de impuesto demasiado baja.) C \_\_\_\_\_

D Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que usted reclamará en su declaración de impuestos. D \_\_\_\_\_

E Anote "1" si usted presentará como cabeza de familia en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo **Cabeza de familia**, arriba) E \_\_\_\_\_

F Anote "1" si usted tiene por lo menos \$1,500 en gastos del cuidado de hijos o dependientes por los cuales usted piensa reclamar un crédito (Aviso: No incluya pagos de pensión para hijos menores. Vea la Pub. 503, *Child and Dependent Care Expenses* (Gastos de cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para más detalles.) F \_\_\_\_\_

G Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, *Child Tax Credit* (Crédito Tributario por Hijos), en inglés, para mayor información. G \_\_\_\_\_

- Si su ingreso total será menor de \$57,000 (\$85,000 si es casado), anote "2" para cada hijo(a) elegible.
- Si su ingreso total será de entre \$57,000 y \$84,000 (\$85,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo elegible más "1" adicional si usted tiene cuatro o más hijos elegibles.

H Sume las líneas desde la A hasta la G, inclusive, y anote el total aquí. (Aviso: Esto pudiera ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos.) H \_\_\_\_\_

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

- Si usted piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a su ingreso y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes en la página 2.
- Si usted tiene más de un empleo o es casado y tanto usted como su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$35,000 (\$25,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si ninguna de las condiciones de arriba le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 de la Forma W-4(SP), más abajo, la cantidad de la línea H.

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

Forma <b>W-4(SP)</b> Department of the Treasury Internal Revenue Service	<b>Certificado de Exención de la Retención del Empleado</b> ▶ Su derecho a reclamar un cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a examen por el IRS. Su empleador o patrono quizás debería enviar una copia de esta forma al IRS.	OMB No. 1545-0074 <b>2008</b>
1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. <span style="float: right;">Apellido</span> Delcousa <span style="float: right;">Llanes</span>	2 Su número de seguro social 360 52 7455	
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) 1460 N Burlington ave #10		
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) Washington mn 56187		
3 <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero. Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es un extranjero no residente, marque el encasillado para "Soltero".		
4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 para una nueva tarjeta. <input type="checkbox"/>		
5 Número total de exenciones que reclama usted (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que aplica en la página 2). <span style="float: right;">5 0</span>		6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago <span style="float: right;">6 \$</span>
7 Yo reclamo la exención de la retención para el 2007 y certifico que cumplo con ambas de las siguientes condiciones para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque yo no tenía ninguna obligación tributaria y. • Este año yo tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria. Si usted cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí. <span style="float: right;">▶ 7</span>		
Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi mejor saber y entender, es verdadero, correcto y completo.		
Firma del empleado (La forma no es válida a menos que usted la firme.) ▶ Delcousa Llanes		Fecha ▶ 05-14-08
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llène las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS.)	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador o patrono (EIN)

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

### LISTA A

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

### LISTA B

**Documentos que Establecen  
la Identidad**

### LISTA C

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

	<b>O</b>	<b>Y</b>
1. Pasaporte Estadounidense (vigente o vencido)	1. Licencia de conducir o Tarjeta de Identificación (ID) emitida por el estado o territorio de los Estados Unidos si contienen fotografía o el nombre, fecha de nacimiento, género, altura, color de ojos y dirección	1. Tarjeta de Seguro Social de los Estados Unidos emitida por la Administración de Seguro Social (con excepción de una tarjeta que indique que no se encuentra apto(a) para trabajar)
2. Tarjeta de Residencia Permanente o Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551)	2. Tarjeta de Identificación (ID) emitida por agencias o entidades del gobierno federal, estatal o local o si contiene una fotografía o información tal como el nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección	2. Partida de nacimiento en el extranjero emitida por el Departamento de Estado (Formulario FS-545 o Formulario DS-1350)
3. Pasaporte extranjero vigente con un timbre temporal I-551	3. Identificación estudiantil con fotografía	3. Una copia original o certificada de la partida de nacimiento emitida por el estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial
4. Tarjeta de Autorización de Empleo vigente con fotografía (Formulario I-766, I-688, I-688A, I-688B)	4. Tarjeta de registro de votante	4. Documento tribal de Nativo-Americano
	5. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197)
5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador	6. Tarjeta Militar de Identificación de dependientes	6. Tarjeta emitida para el uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)
	7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera Estadounidense	
	8. Documento tribal de Nativo-Americano	7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)
	9. Licencia de conducir emitida por el gobierno canadiense	
	<b>Para personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar los documentos en la lista anterior:</b>	
	10. Expediente académico o tarjeta de calificaciones	
	11. Informe médico, de clínica u hospital	
	12. Registro de guadería	

**En la parte 8 del Manual para Empleadores (M-274) encontrará ejemplos de muchos de estos documentos.**

Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

**Form I-9, Employment Eligibility Verification**

Please read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documents have a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

**Section 1. Employee Information and Verification.** To be completed and signed by employee at the time employment begins.

Print Name: Last <u>Hanes</u>	First <u>Delouisa</u>	Middle Initial	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>1460 N Burlington Ave #10</u>		Apt. #	Date of Birth (month/day/year) <u>06-17-1955</u>
City <u>Worthington</u>	State <u>MN</u>	Zip Code <u>56187</u>	Social Security # <u>360 52-7455</u>

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following):

- A citizen or national of the United States
- A lawful permanent resident (Alien #) A \_\_\_\_\_
- An alien authorized to work until \_\_\_\_\_  
(Alien # or Admission #)

Employee's Signature <u>Delouisa Hanes</u>	Date (month/day/year) <u>05-14-08</u>
---	--

**Preparer and/or Translator Certification.** (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Preparer's/Translator's Signature	Print Name
Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)	Date (month/day/year)

**Section 2. Employer Review and Verification.** To be completed and signed by employer. Examine one document from List A OR examine one document from List B and one from List C, as listed on the reverse of this form, and record the title, number and expiration date, if any, of the document(s).

List A	OR	List B	AND	List C
Document title: _____		<u>DL</u>		<u>SS Card</u>
Issuing authority: _____		<u>MN</u>		<u>US Gov't</u>
Document #: _____		<u>N484183951216</u>		<u>360-52-7455</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>6-17-2010</u>		
Document #: _____				
Expiration Date (if any): _____				

**CERTIFICATION -** I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) 5/14/08 and that to the best of my knowledge the employee is eligible to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment.)

Signature of Employer or Authorized Representative <u>[Signature]</u>	Print Name <u>Ashley Postma</u>	Title <u>Admin Assistant</u>
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) <u>ESSG 7301 Ohmms lane 465 Edina MN 55439</u>		Date (month/day/year) <u>5/14/08</u>

**Section 3. Updating and Reverification.** To be completed and signed by employer.

A. New Name (if applicable)	B. Date of Rehire (month/day/year) (if applicable)	
C. If employee's previous grant of work authorization has expired, provide the information below for the document that establishes current employment eligibility.		
Document Title: _____	Document #: _____	Expiration Date (if any): _____

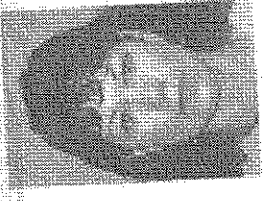
I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is eligible to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Date (month/day/year)
--	-----------------------

MINNESOTA  
DRIVER'S LICENSE

DELOUSA LANES  
1488 N BURLINGTON RD  
WORTHINGTON MN 56187

Date of Birth 06-17-1985  
Sex F Eyes Green Hair Black  
Height 5-5 Weight 150  
ISSUED 05-2008 EXPIRES 06-17-2010



N484183851216

*DeLousa Lanes*

300 EAST SPENCER BLVD  
MINNAPOLIS, MN 55401  
300-552-3788  
TOLL FREE 1-800-552-3788  
DELOUSA LANES  
MINNESOTA DEPARTMENT OF TRANSPORTATION  
*DeLousa Lanes*  
SIGNATURE

## SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security  
E-Verify

Report Prepared: 05/12/2008  
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008133152945NH

**Initial Verification:**

Last Name:	Llanes	First Name:	Delouisa
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	360-52-7455	Date of Birth:	06/17/1955
Hire Date:	05/12/2008	Citizenship Status:	Citizen or National of the United States
Alien Number:		I-94 Number:	
Document Type:	List B, C Documents	Doc. Expiration Date:	
Initiated By:	KTHO9064	Initiated On:	05/12/2008

**Initial Verification Results:**

Initial Eligibility: EMPLOYMENT AUTHORIZED

**SSA Referral:**

Referral By: Referral Date:

**Verification Response:**

Eligibility: Response Date:

**SSA Resubmittal:**

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

**Resubmittal Verification Results:**

Eligibility:

**Additional Verification:**

Comments:  
Initiated By: Initiated On:

**Verification Response:**

Eligibility: Response Date:

**DHS Referral:**

Referral By: Referral Date:

**DHS Referral Results:**

Eligibility: Response Date:

**Case Resolution:**

Resolve Option:  
Resolved By: Resolved On:

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

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

Su Nombre: Delouisa Llanes

Dirección: 1460 N Burlington ave #10  
Worthington MN 56187

Teléfono de la casa: 507 343 0079

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

1. Nombre: Leiby Towns

Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): 507 360 3659

2. Nombre: José Llanes

Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_

Teléfono (casa): 507 343 0079

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

---

---

---

---

---

---

---

---

## Background Investigation Information Release Form

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

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

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

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

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

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

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

Employee Full Legal Name (Printed)	Last <i>Llanes</i>	First <i>Delouisa</i>	Middle	Social Security # <i>360-52-7455</i>	Birthdate <i>6-17-55</i>
Minnesota Driver's License Number  <i>N484183951216</i>				Date Signed  <i>05-14-08</i>	

*Delouisa Llanes*  
\_\_\_\_\_  
Signature



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

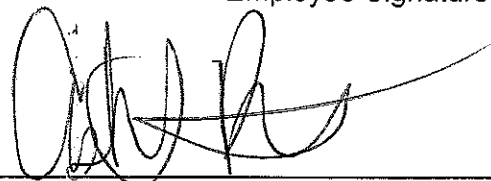
This agreement made this 12 day of May, 2008, between Employer Solutions Staffing Group LLC, hereinafter referred to as "employer", and hereafter referred to as "employee".

**WITNESSETH:**

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

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

  
\_\_\_\_\_  
Employee Signature

  
\_\_\_\_\_  
Employer Solutions Staffing Group LLC, Representative

**DRUG AND ALCOHOL  
TESTING CONSENT FORM**

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

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

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

Delouisa Llanes  
Individual's Name

05-14-08  
Date

**SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6**



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE EMPLEO

SOLICITANTES TENDRÁN QUE HACERSE UNA PRUEBA DEL USO DE DROGAS ILEGALES

**FAVOR DE COMPLETAR PÁGINAS 1-4.** Fecha 5-7-8

Nombre Hanes Delouisa  
 Apellido Primer nombre, 2do Nombre y nombre de soltera

Su Domicilio 1460 N Burlington ave #10 Worthington WI 56187  
 Numero, Calle, Ciudad, Estado, Código postal

Cuánto tiempo 3 años No. de seguro 360 - 52 - 7455  
social

No. de teléfono 521 343-0079

Su edad si es menor de 18 años NO Recomendado/a por Sonia Garcia

Puesto que solicita (1) Abierto Dias/horas que puede trabajar  
 Ninguna preferencia.        jueves.   
 lunes  viern.   
 martes  sáb.   
 miérc.  domingo       

¿Cuántas horas puede trabajar por semana? 40 ¿Puede trabajar de noche? NO

Trabajo que espera  HORARIO REGULAR  HORARIO PARCIAL  HORARIO REGULAR O PARCIAL

¿Cuándo puede empezar? ahora

¿Tiene responsabilidades u obligaciones que no lo/la permitirían cumplir con los horarios específicos?  
 No  Sí Explique por favor \_\_\_\_\_

¿Preve usted cualquiera ausencia del trabajo de vez en cuando o regularmente?  
 No  Sí Explique por favor \_\_\_\_\_

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	UBICACIÓN (dirección completa)	NÚMERO DE AÑOS TERMINADOS	ESPECIALIDAD O TÍTULO
Colegio secundario		<u>MEXICO</u>	<u>5</u>	<u>NO</u>
Universidad		<u>Chicago</u>	<u>7-8</u>	<u>NO</u>
Escuela empresarial				
Escuela de Especialidad				

¿Ha sido usted alguna vez declarado culpable por un delito?  No  Sí

Si marcó sí, explique cuántas condenas, que clase de delito(s) que lo/la lluevó a ser condenada, cuánto tiempo hace que lo cometió, la sentencia que se le aplicó y si tuvo que asistir a un programa de rehabilitación:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EMPLEO

TIENE UD. LICENCIA DE CONDUCIR?  Sí  No  
¿Cuál es su medio de transporte para trabajar? CARRO  
Su número de conductor NH84183951216 de cuál estado MN  
Conductor particular  Comercial /Público (CDL)  Chofer   
Fecha en que se vence 6-17-2000  
¿Ha tenido algún accidente durante los últimos 3 años?  Sí  No  
¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido una multa en los últimos 3 años?  Sí  No  
¿Cuántas? \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

Typing  Yes  No      Personal Computer  Yes  No      10-key  Yes  No  
\_\_\_\_\_ WPM      \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ Mac  
Word Processing  Yes  No      Other \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ WPM      Skills \_\_\_\_\_

Por favor escriba dos referencias que no sean parientes o empleadores previos

Nombre <u>Leiby Towns</u>	Nombre _____
Posición _____	Posición _____
Empresa _____	Empresa _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono <u>(507) 370-3659</u>	Teléfono (____) _____

El formulario de solicitud de empleo a veces no permite un sumario adecuado del solicitante. Utilize el espacio abajo para describir sus calificaciones para el puesto que usted solicita o para añadir información que usted desea incluir.

Empty space for applicant details.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EMPLEO

MILITAR

¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS?  Sí  No

¿ES UD. MIEMBRO DE LA GUARDIA NACIONAL?  Sí  No

Especialidad \_\_\_\_\_ Fecha que se alistó \_\_\_\_\_ Fecha de baja \_\_\_\_\_

EXPERIENCIA LABORAL

Por favor escriba su experiencia laboral en los últimos cinco años comenzando con su puesto más reciente  
Si era trabajador autónomo, escriba el nombre de la empresa. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Nombre <u>Service Master</u>	Supervisor <u>Lary</u>
Posición <u>cleaning</u>	Fechas de empleo
Empresa _____	Sueldo o salario
Dirección <u>Worthington</u>	del <u>11-2006</u>
Teléfono ( <u>501</u> ) <u>376-6843</u>	al <u>5-2008</u>
	Sueldo inicial <u>800</u>
	Al final <u>800</u>
	Su último puesto/título

2415

Motivo por el cual dejó el trabajo (sea específico) no lo he dejado still employe

Escriba el puesto o la posición, sus deberes, sus habilidades que utilizó, o aprendió y si recibió promoción mientras que trabajó allí.

Limpieza de un banco es partime

Nombre <u>SWIFT CO</u>	Supervisor <u>Vicent</u>
Posición <u>but box</u>	Fechas de empleo
Empresa _____	Sueldo o salario
Dirección <u>Worthington</u>	del <u>2001</u>
Teléfono (____) _____	al <u>2003</u>
	Sueldo inicial <u>9.60</u>
	Al final <u>11.50</u>
	Su último puesto/título

3115

Motivo por el cual dejó el trabajo (sea específico) Despedido

Escriba el puesto o la posición, sus deberes, sus habilidades que utilizó o aprendió y si recibió promoción mientras que trabajó allí.

Empacaba la carne en cajas

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EMPLEO

**EXPERIENCIA LABORAL**

Por favor escriba su experiencia laboral en los últimos cinco años comenzando con su puesto más reciente  
Si era trabajador autónomo, escriba el nombre de la empresa. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Nombre _____	Supervisor _____	
Posición _____	Fechas de empleo	Sueldo o salario
Empresa _____	del _____	Sueldo inicial
Dirección _____	al _____	Al final
Teléfono (____) _____	Su último puesto/título	
Motivo por el cual dejó el trabajo (sea específico)		
Escriba el puesto o la posición, sus deberes, sus habilidades que utilizó o aprendió y si recibió promoción mientras que trabajó allí		

Nombre _____	Supervisor _____	
Posición _____	Fechas de empleo	Sueldo o salario
Empresa _____	del _____	Sueldo inicial
Dirección _____	al _____	Al final
Teléfono (____) _____	Su último puesto/título	
Motivo por el cual dejó el trabajo (sea específico)		
Escriba el puesto o la posición, sus deberes, sus habilidades que utilizó o aprendió y si recibió promoción mientras que trabajó allí		

¿Quién lo recomendó? Refferal

¿Podemos comunicarnos con su empleador?  Sí  No

¿Llenó usted esta solicitud de trabajo o recibió ayuda?  Sí  No (por favor explique abajo)

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

**DOCUMENTO DE RENUNCIA DEL FORMULARIO DE SOLICITUD**

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

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

Yo autorizo la investigación de todas las declaraciones hechas en esta solicitud. Yo entiendo que la distorsión o la omisión de los hechos requeridos es suficiente razón para despido en cualquier momento sin previo aviso. \_\_\_ Por la presente le concedo autorización a la Compañía el derecho de ponerse en contacto con las escuelas, empleadores previos (salvo los indicados), referencias y otros y descargo a la Compañía de cualquiera responsabilidad que haya resultado de tal contacto. .

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

Además entiendo que mi empleo con la Compañía será de prueba durante noventa (90) días y en cualquier momento de este periodo de prueba o al partir de entonces, mi relación de empleo con la Compañía se puede terminar por cualquier razón y por cualquier parte. \_\_\_

Firma del solicitante

*Deloresa Platts*

Fecha:

*5-7-08*

Corporate Management Group, Inc. ofrece la igualdad de oportunidades de empleo. Cumplimos con una política de tomar decisiones laborales sin discriminación contra raza, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, edad o discapacidad. Le aseguramos que la oportunidad que tenga de conseguir trabajo con Corporate Management Group, Inc., depende solamente de sus calificaciones.

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

CMG INTERVIEW GUIDE FOR SUZLON ROTOR CORPORATION

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS

(IF YOU ARE UNSURE HOW TO ANSWER, YOU MAY LEAVE THE QUESTION BLANK)

1.) APPLICANT NAME: Delouisa Hanes DATE: 05-07-08

(PLEASE PRINT)

- 2.) Are you willing to consent to a post job offered drug screen? (CIRCLE) Yes No
3.) Are you willing to consent to a post job offered health assessment? (CIRCLE) Yes - No
4.) Can you legally work in this country? (CIRCLE) Yes - No
5.) Do you have reliable transportation to get to work? (CIRCLE) Yes - No
6.) How far away do you live from Suzlon Rotor Corporation? (CIRCLE) 0-10 10-25 25-50 50-75 75-100 100+ Miles
7.) Which shift works best for your schedule? (CIRCLE) 7am-3:30pm 3pm-11:30pm 11pm-7:30am
8.) Is the starting pay of \$10 per hour acceptable? (CIRCLE) Yes No
10.) Have you ever been convicted of a felony? (CIRCLE) Yes - No
11.) Have you ever been terminated from a job? (CIRCLE) Yes - No
12.) On average how often are you absent from work per month? (CIRCLE) Never 1-2 times 3+ times

\*\*\* APPLICANT PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Is the application signed? (CIRCLE) Yes - No
Was the applicant on time for their interview? (CIRCLE) Yes - No
Are both the application and questions above completed? (CIRCLE) Yes No
How did the applicant hear about CMG/Suzlon? Referral

PHYSICAL JOB REQUIREMENTS. ASK THE APPLICANT IF THEY CAN PERFORM THE FOLLOWING:

Do you have full range of motion with your head, neck, & upper body? (CIRCLE) Yes - No
Can you work in a kneeling position? (CIRCLE) Yes - No
Can you work in a standing position (on your feet) for a 8 hour shift? (CIRCLE) Yes - No
Can you work near fumes & dust for a 8 hour shift? (CIRCLE) Yes - No
Have you ever worn a respirator? (CIRCLE) Yes - No

BASIC INTERVIEW QUESTIONS

Have you ever worked in a mfg environment before? (CIRCLE) Yes - No
Are you currently working right now? (CIRCLE) Yes - No
Are you on layoff subject to recall? Yes (CIRCLE) No
When are you available for employment? ASAP

REFERENCE CHECKS

CMG requires two work related reference checks from past employers. Who should we contact?

Name and title of reference/company: Swift Co. Worshington MN SC187

Name and title of reference/company:
Comments:

NOTES

Delcuisa Hanes

## Interview Questions:

1. I'd like to know why I should hire you, so please give me 3 good qualities about yourself.  
1. Fast worker  
2. Clean  
3. Punctual.
2. Where do you see yourself in a year from now? What goals have you set for yourself? How do you plan on reaching those goals?  
Supervisor
3. What was the longest period you stayed in a job? What did you like about that kept you there for that long? 3 yrs - The work.
4. How comfortable are you in working in a team environment? Give examples of places where you worked in a team environment? What do you see are the benefits of a team environment atmosphere? Comfortable. Communication.
5. Tell us about your experience in training and guiding others in work instructions, safety requirements, or company policies. Supervisor for field work.
6. What heavy objects have you moved or handled in any previous jobs? What did the objects weigh? Did you use a forklift to move objects? 60-70 lbs. Boxes of metal.
7. What types of repetitive assembly tasks have you done in any previous jobs?  
Swift meat pallets.
8. When was the last time you had a conflict with a co-worker or supervisor? How did you both resolve it? Work.
9. Do you have anything that would limit you from not working here? No.
10. Are you currently able to perform the essential duties of the job for which you are applying for? Yes.

Delouisa Llanes

**PORFAVOR LEYA LAS PREGUNTAS Y PONGALE LAS RESPUESTAS CORRECTAS:**

1. Al principio de su turno de trabajo usted empieza con 200 partes. Durante el turno usted uso 96 partes. Cuantas partes le sobraron al fin del dia?

$$\begin{array}{r} 200 \\ - 96 \\ \hline 104 \end{array}$$

2. Usted usa 8 partes por hora. Cuantas partes usara despues de 6 horas?

$$\begin{array}{r} 8 \\ \times 6 \\ \hline 48 \end{array}$$

3. Usted tiene 6 cajas con 20 partes en cada caja. Al fin del dia usted uso 3 y media cajas de partes. Cuantas partes le sobran a usted?

$$\begin{array}{r} 120 \\ + 70 \\ \hline 190 \end{array} \quad \begin{array}{r} 70 \\ 50 \end{array}$$

4. Al principio de su turno de trabajo usted empieza con 150 partes. Durante el turno usted uso 86 partes. Cuantas partes le sobraron al fin del dia?

64

5. Usted usa 12 partes por hora. Cuantas partes usara despues de 5 horas?

60

6. Usted tiene 4 cajas con 20 partes en cada caja. Al fin del dia usted uso 2 y media cajas de partes. Cuantas partes le sobran a usted?

30