



Please Indicate What Shift and Department You Are In:

Name: EMILY GOHSAICS

Shifts:

Day Shift /

Night Shift

Departments:

Finishing

Nose Cones

Material Prep

Stores

Prefab 1

Mould

Maintenance

Project Crew

Resin Mixing

CMG Consultant Signature	Date
--------------------------	------



SUMMARY

This associate handbook is intended to facilitate communication between you, CMG, and **SUZLON ROTOR CORPORATION**. It is not to be considered an employment contract obligating you, CMG, or **SUZLON ROTOR CORPORATION** to any indefinite employment relationship.

Reading the entire handbook at least one time will give you a good idea of its general content. Then, you will be able to use it easily as a quick reference manual. Revisions and updates are made to this information from time to time and will be communicated to you. It is your responsibility to stay informed of all updates to this handbook.



ACKNOWLEDGMENT

The associate handbook was reviewed with me, and I have received my personal copy. I also acknowledge that I have been given the opportunity to ask questions and express concerns during my orientation. Additionally, I understand and support the following:

1. This handbook is intended as a guide and **not** an employment agreement that creates a contractual relationship, and that the employment relationship may be terminated at the will of either party at any time.
2. The changing needs of the business will require alteration in method, practices and policies, and the company will unilaterally revise, as necessary, to meet these changing needs.
3. I agree to **notify** my CMG Consultant **immediately** of any change in my personal data such as phone number, address, emergency notification, etc.
4. I am responsible for the information provided herein and will, upon my separation, return this handbook to my CMG Consultant.

Date:

01-15-08

Associate's Signature: Emily GohSales

Associate's Printed Name: Emily GohSales

Social Security #:

584-97-15-66

Orientation provided by:



EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT

In consideration of my employment at Corporate Management Group, Inc. (CMG), I understand and agree that it is my duty not to disclose confidential information as specified in this agreement.

CMG employs people on a temporary basis, assigning them to work for client companies. CMG is dependent upon client companies for continued business success. Any information pertaining to client companies is the property of CMG and is necessary for its growth.

Realizing the importance of this material, and as a condition of my temporary assignment with CMG, I agree that:

I will guarantee to safeguard CMG's client information received during my temporary assignment with CMG. I will not disclose any information gained through the performance of my job without authorization by CMG. I agree to keep all confidential matters of CMG secret during my temporary assignment with them and at the end of my temporary assignment shall not disclose any such information without specific written authorization from CMG. Upon the request of CMG, I agree to deliver to CMG upon termination of my temporary assignment, for whatever reason, all memorandums, notes, records, reports, manuals or other documents of confidential nature. It is understood that while on Suzlon Rotor Corporation premises, CMG employees will conduct themselves in accordance to the expectations of the Suzlon Rotor Corporation employees. CMG agrees that terms and conditions of Suzlon Rotor Corporation's contracts with their clients extend to CMG.

01/15/08
Date

EMILY GONSALES
Signature

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

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

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de llenar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles cuando se llene este documento.

AVISO ANTI-DISCRIMINACIÓN: Es ilegal discriminar a cualquier individuo elegible para trabajar. Los empleadores NO PUEDEN especificar qué documento(s) aceptarán de un empleado. La negativa a emplear a una persona debido a una fecha futura de vencimiento de los documentos presentados puede constituir discriminación ilegal.

Sección 1. Información y Verificación del Empleado. El formulario debe ser llenado y firmado por el empleado en el momento en el que comience a trabajar.

Nombre en Letras de Imprenta: Apellido Lasso Gonzalez	Nombre Emily	Inicial del Segundo Nombre	Nombre de Soltero(a)
Dirección (nombre y número de la calle) 722 1/2 W Dover Street		Nº de Apto.	Fecha de nacimiento (mes/día/año) 04/23/1984
Ciudad Worthington	Estado MN	Código Postal 56187	Nº de Seguro Social 584-97-1566

Estoy informado que la ley Federal estipula el encarcelamiento y/o la sanción por declaraciones falsas o por el uso de documentos falsos al llenar este formulario.

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

☒ Ciudadano o natural de los Estados Unidos

☐ Residente legal permanente (Nº de Extranjero) A _____

☐ Extranjero autorizado a trabajar hasta el _____

(Nº de Extranjero o Nº de Admisión) _____

Firma del empleado
EMILY GONZALEZ

Fecha (mes/día/año)
15-01-08

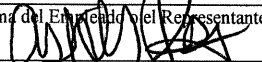
Certificación del traductor y, o tercero. (Se debe llenar y firmar si la Sección 1 la llena cualquier persona que no sea el empleado.) Certifico, bajo pena de perjurio, que he ayudado a llenar este formulario y que según mi entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Traductor o Tercero 	Nombre y Apellido (en imprenta) Ashley Postma
Dirección: (Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) CMG 12000 Washington St Ste 290 Thornton CO 80241	Fecha (mes/día/año) 01/15/2008

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador. Se debe llenar y firmar por el empleador. Verifique un documento de la lista A o un documento de la lista B y uno de la lista C, tal y como figura en la parte posterior de esta página, y anote el título, número y fecha de vencimiento, si hay alguna, del documento.

	Lista A	O	Lista B	Y	Lista C
Título del Documento:			ID Card		Social Security Card ☒
Autoridad que Emite el Documento:			Minnesota ☒		US Government
Nº de Documento:			S559100145319		584-97-1566
Fecha de Vencimiento (si la hay):			04/23/2010		
Nº de Documento:					
Fecha de Vencimiento (de ser el caso):					

Certificación - Certifico, bajo pena de perjurio, que he verificado los documentos presentados por el empleado nombrado anteriormente; los documentos en la lista anterior aparentan ser genuinos y son referentes al empleado nombrado. La persona antes mencionada fue empleada (mes/día/año) 01/14/08 y a mi mejor entender declaro que el empleado es elegible para trabajar en los E.U.A. (Las agencias de empleo del estado pueden omitir la fecha en la que el empleado fue contratado.)

Firma del Empleador o Representante Autorizado 	Nombre y Apellido (en letra de imprenta) Ashley Postma	Título Administrative Assistant
Nombre y Dirección de la Organización o Compañía (Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) CMG 12000 Washington St Ste 290 Thornton CO 80241		Fecha (mes/día/año) 01/15/2008

Sección 3. Actualización y Nueva Verificación. Se debe llenar y firmar por el empleador.

A. Nombre (de ser el caso) Ashley Postma	B. Fecha de re-contratación (mes/día/año) (de ser el caso)
C. Si la autorización de trabajo previa de su empleador ha expirado, proporcione la información actual en la que indique la elegibilidad actual para trabajar.	
Título de Documento:	Nº de Documento:
Fecha de Vencimiento (si la hay):	

Certifico, bajo pena de perjurio, con mi mejor conocimiento que este empleado se encuentra apto(a) para trabajar en los E.U.A. En caso de que el empleado haya presentado documentos, los documentos que he revisado aparentan ser genuinos y referentes al empleado.

Firma del Empleado o Representante Autorizado	Fecha (mes/día/año)
---	---------------------

MINNESOTA
IDENTIFICATION CARD
NOT A DRIVER'S LICENSE

EMILY MICHELLE LASSO GONZALEZ
711 1/2 W DOVER ST. 11E ST.
WORTHINGTON, MN 56187

Date of Birth 04-23-1984
Sex F Eyes BRN Class ID
Height 5-2 Weight 110
ISSUED 09-2006 EXPIRES 04-23-2010

S559100145319

EMILY M LASSO

SOCIAL SECURITY

584-97-1566

THIS NUMBER HAS BEEN ESTABLISHED FOR

EMILY MICHELLE
LASSO GONZALEZ

ADMINISTRATIVE

Emily M. L. Gonzales

SIGNATURE

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 01/15/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008015171124AQ

Initial Verification:

Last Name:	Lassogonzalez	First Name:	emily
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	584-97-1566	Date of Birth:	04/23/1984
Hire Date:	01/14/2008	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:	APOS3210	Initiated On:	01/15/2008

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

Forma W-4(SP) 2007

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.

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

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

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

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

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

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

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

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más le puede reclamar como dependiente	A _____
B	Anote "1" si: • Usted es soltero y tiene sólo un empleo; o • Usted es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Sus sueldos o salarios de un segundo empleo o los de su cónyuge (o el total de los dos) son de \$1,000 ó menos.	B _____
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, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (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, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito Tributario por Hijos), en inglés, para mayor información. • Si su ingreso total será menor de \$57,000 (\$85,000 si es casado), 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.	G _____
H	Suma 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 W-4(SP) Certificado de Exención de la Retención del Empleado Department of the Treasury Internal Revenue Service		OMB No. 1545-0074 2007	
► Su derecho a reclamar un cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a examen por el IRS. Su empleador o patrono quizás debiera enviar una copia de esta forma al IRS.			
1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. Emily		2 Su número de seguro social 584 97 1566	
3 ☒ Soltero ☐ Casado ☐ Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es un extranjero no residente, marque el encasillado para "Soltero".		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. ► ☐	
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).		5 15	
6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago.		6 \$	
7 Yo reclamo la exención de la retención para el 2007 y certifico que cumpla 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. ► 7			
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.) ► Emily Gonzalez		Fecha ► 01-15-08	
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llene 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)			