

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) <i>Hidalgo Jeanette</i>	<i>01/11/08 SE</i>	<i>AS</i>	EMPLOYEE NAME: (Last, First)		
ESG New Hire Application	<i>Y/11</i>	<i>AS</i>	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	<i>Y/11</i>	<i>Y/15</i>	CMG Emergency Contact Info		
Employment Eligibility – I-9- 2 forms of ID - copies			Employment Eligibility – I-9 2 forms of ID - copies		
(1)			(1)		
(2)			(2)		
W-4	<i>Y/11</i>		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	<i>Y/11</i>		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
<i>CMG Time</i>	<i>Y/11</i>		E-VERIFY		
			CMG HANDBOOK-date reviewed and distributed with new employee		
Additional information:	<i>Starts 1/15/08</i>		EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT		

CMG CORPORATE FAX NUMBER: 303-736-7767

01/14/08

8 Days



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

STRICTLY CONFIDENTIAL

LAST NAME: H. Ocasio Jeannette
Apellido Nombre

FIRST NAME: Jeannette O.H MIDDLE INITIAL: O.
Primer Nombre Segunda Inicial

ADDRESS: 514-28th St. NW
Direccion

CITY: Princeton STATE: M.N. ZIP: 56164
Ciudad Estado Zona Postal

HOME PHONE #: _____ CELL PHONE #: 507 562 0506
Teléfono Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 24-April-1973
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 581-99-62.36
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) Hispanic
origen étnia

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME: Hector Lopez
Nombre

PHONE #: 507 562-0506
Teléfono

FOR CMG USE ONLY:

HIRE DATE: 01/11/08 START DATE: 01/14/08

TERM DATE: _____ SALARY (Hourly): 10.00

SHIFT: 1-DAY 2-NIGHT 3-OVERNIGHT

1-DAY BUSSESS 2-NIGHT BUSSESS

DEPARTMENT: _____

SUPERVISOR: _____

BADGE #: _____

PRIMARY LANGUAGE: _____

WORKERS COMP CODE: _____

EMPLOYMENT STATUS

Agency Referral _____ CMG Recruit ☒

CMG Rollover Date: _____

Client Rollover Date: _____

Employer Solutions Staffing Group LLC

New Hire Application

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

Personal Data-- PLEASE PRINT LEGIBLY IN INK

Last Name Jeannette Dasio H First Name _____ Middle Initial _____
Street Address Pepereno Casa # 5111 -
City/State/Zip PIPESTONE MN 56164
Home Phone _____ Message Phone 507-561-0506
Company/Employer _____

All offers of employment are conditional upon satisfactory proof of identity and legal ability to work in the U.S.A.

Are you legally authorized to work in the United States of America? ☐ YES ☐ NO

Applicant Certification and Authorization

I authorize Employer Solutions Staffing Group LLC (ESSG) to use the information and statements contained in this application to determine my qualifications for employment. I authorize ESSG to make inquiries of my former employers, except as indicated in this application, regarding my previous duties, responsibilities, performance, compensation and eligibility for rehire.

I understand that a comprehensive background check may be conducted to determine my eligibility for hire by certain clients of ESSG. This may include but is not limited to, investigations of criminal and/or conviction records, driving records and/or a drug screen test as required by clients, government regulations or by ESSG policies.

I release ESSG and other persons or entities from any claims that might be based on ESSG's decision to conduct a background check.

I certify that all statements made in my application are true and accurate and that I have not omitted any material information or provided false or misleading information. I understand that any material omission or misrepresentation will result in my disqualification from consideration for employment or, if discovered after I begin employment, will result in my termination.

If hired, I agree to abide by the policies and procedures of ESSG.

Name (Print or type) _____ Applicant's Signature Jeannette Dasio H Date 1-11-08

A copy or facsimile will be considered the same as an original signature.

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

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. 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 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.	A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ F _____ G _____ 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. <u>STEFAN NGRENNETH</u>		2 Su número de seguro social <u>581 49 6236</u>	
Apellido <u>Ocasio Hidalgo Jimenez</u>		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".	
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) <u>PI Pastore M.N. 561641</u>		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. ► ☐	
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		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 <u>0</u>	
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 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 7 <u>Exempt</u>	
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.) ► <u>Stefan Ngreneth</u>		Fecha ► <u>1-11-08</u>	
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)			



Employer
Solutions
Staffing
Group LLC

7300 Metro Blvd, Suite 635

Edina, MN 55439

Tel. 952.835.1288

Fax 952.835.1255

Website: www.employersolutionsgroup.com

EMPLOYMENT ELIGIBILITY VERIFICATION

After you are hired and before you start work, you are required by law to provide certain documents that verify you are eligible to work and establish your identity. The following is a list of acceptable documents.

One from this column	OR	One from each of these two columns	
Documents that establish both Identity and Employment Eligibility ○ U.S. Passport (unexpired or expired) ○ Certificate of U.S. Citizenship (INS Form N-560 or 5-570) ○ Unexpired foreign with attached I-551 stamp or attached INS form I-94 indicating unexpired employment authorization ○ Alien Registration Receipt Card (INS form I-688) ○ Unexpired Employment Authorization Card (INS form I-688A) ○ Unexpired Reentry Permit (INS form I-327) ○ Unexpired Refugee Travel Document (INS form I-571) ○ Unexpired Employment Authorization Document issued by the INS, which contains a photograph (INS form I-688B)		Documents that establish Identity ○ Drivers License or ID card issued by a state or outlying possession of the U.S. provided it contains a photograph or information such as name, date or birth, sex, height, eye color, and address ○ ID card issued by federal, state, or local government agencies or entities provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address ○ School ID with photograph ○ Voter's registration card ○ U.S. Military dependent's card ○ Military dependent's card ○ U.S. Coast Guard Merchant Mariner card ○ Native American tribal document ○ Driver's license issued by a Canadian government authority For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: ○ School record or report card ○ Clinic, doctor, or hospital record ○ Day-care or nursery school card	Documents that establish Employment Eligibility ○ U.S. Social Security Card issued by the Social Security administration (other than a card stating it is not valid for employment) ○ Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (form FS-545 or DS-1350) ○ Original or certified copy of a birth certificate issued by a state, county, municipal authority, or outlying possession of the U.S., bearing an official seal ○ Native American Tribal document ○ U.S. Citizen ID card (INS form I-197) ○ ID card for use of Resident Citizen in the U.S. (INS form I-179) ○ Unexpired employment authorization document issued by the INS (other than those listed in the first column)

"You have the employees, we have the solutions."

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 of 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	First	Middle Initial	Maiden Name
<u>Jeannette Ocasio H</u>			
Address (Street Name and Number)		Apt. #	Date of Birth (month/day/year)
<u>Pipestone - MN.</u>		<u>58164</u>	<u>4/24/73</u>
City	State	Zip Code	Social Security #
<u>Pipestone</u>	<u>MN.</u>	<u>58164</u>	<u>581-99-6236</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: Jeannette Ocasio H. Date (month/day/year): _____

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>Driver's License</u>		<u>Social Security</u>
Issuing authority: _____		<u>MN</u>		<u>US Govt</u>
Document #: _____		<u>F796078656922</u>		<u>581-99-6236</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>04/24/2011</u>		
Document #: _____				
Expiration Date (if any): _____				

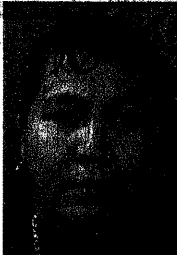
CERTIFICATION - I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) 01/11/08 and that to the best 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	Print Name	Title
<u>Sarah Evans</u>	<u>Sarah Evans</u>	<u>Recruiter</u>
Business or Organization Name	Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)	
<u>ESS67300 Metro Blvd</u>	<u>1035 Edina MN 55439</u>	
	Date (month/day/year)	
	<u>01/11/2008</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



JEANNETTE OCASIO HIDALGO
247 N 3RD ST APT 102
DAWSON, MN 56232

Date of Birth 04-24-1973
Sex F Eyes DBR D
Height 5-6 Weight 140
ISSUED 07-2007 EXPIRES 04-24-2011

F796078656922

Jeannette O. H.



SOCIAL SECURITY

581-99-6236

THIS NUMBER HAS BEEN ESTABLISHED FOR
JEANNETTE OCASIO HIDALGO

Jeannette Ocasio Hidalgo
SIGNATURE



SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 01/11/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008011095249KJ

Initial Verification:

Last Name:	Hidalgo	First Name:	Jeanette
Middle Initial:	O	Maiden Name:	
Social Security Number:	581-99-6236	Date of Birth:	04/24/1973
Hire Date:	01/11/2007	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:	ESTE5474	Initiated On:	01/11/2008

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



It is necessary for us to have current information readily available to the supervisor where you are working and also in your employee file. Thank you for your cooperation. We appreciate you!

Jeannette Ocasio H
Your Name

514 - 2nd St. NW Apt# 514
Your Address

Pipestone MN. 56164
Your City, State, Zip Code

(507) 562-0506
Your Telephone Number

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Heretia Lopez
Name

Relationship

514 - 2nd St. NW
Address

Pipestone MN. 56164
City, State, Zip Code

(507) 562-0506
Telephone Number

()
Alternate Telephone Number

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 First Middle <u>Ocasio Hidalgo Jeanette</u>	Social Security # <u>581 90 62 36</u>	Birthdate <u>4 24 1973</u>
Minnesota Driver's License Number <u>F796078656922</u>	Date Signed <u>1/11/08</u>	

Jeanette Ocasio H
Signature



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

This agreement made this 11th day of Jan, 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 that 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.

Joanne M. Ocasio H.
Employee Signature

Sarah Evans
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.

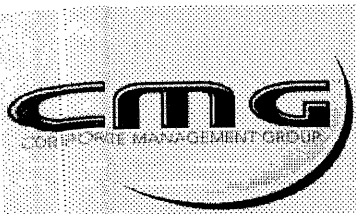
2. I have read the entire contents of this policy and I am aware and fully understand: (a) the policy and its contents; (b) what conduct the policy prohibits and the consequences of such conduct; (c) my rights under the policy and the consequences if I exercise certain rights; and (d) that certain events 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.

Jeanette Ocasio H.
Individual's Name

1-15-08
Date

SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6



APPLICATION FOR EMPLOYMENT

DATE 1-11-08Name Jeanette Ocasio H.
Last First Middle MaidenAddress 514 2nd St. New Port Richey FL 34616-4
Number Street City State ZipTelephone (813) 562-0506 Social Security No. 581-99-6236Are you under age 18 ☐ YES ☐ NO, if "YES", can you provide proof of your eligibility to work? ☐ YES ☐ NOAre you currently authorized to work in the United States? ☐ YES ☐ NO. Proof of eligibility will be required if hired.Current Position _____
Current Wage _____
Shift _____Are you available to work overtime? ☐ Yes
☐ No

TYPE OF SCHOOL	NAME OF SCHOOL	MAJOR & DEGREE
High School		
	<u>MEXICO</u>	
College		
Bus. or Trade School		
Professional School		

Have you ever been convicted of a crime which is substantially related to the functions or qualifications of the job for which you are applying? ☐ No ☐ Yes (a Conviction record will not necessarily disqualify you from employment).

If yes, explain number of conviction(s), nature of offense(s) leading to conviction(s), how recently such offense(s) was/were committed, sentence(s) imposed and type(s) of rehabilitation. _____

DO YOU HAVE A DRIVER'S LICENSE? ☒ Yes ☐ No

Please list two Emergency Contacts other than relatives.

Name Hector LopezAddress 514 2nd St. NewTelephone (813) 562-0506

Name _____

Address _____

Telephone () _____

MILITARY

HAVE YOU EVER BEEN IN THE ARMED FORCES? ☐ Yes ☐ NoARE YOU NOW A MEMBER OF THE NATIONAL GUARD? ☐ Yes ☐ No

Specialty _____ Date Entered _____ Discharge Date _____

CMG

Corporate Management Group, Inc.

Formulario de solicitud de empleo

Fecha _____			
Nombre	Nombre	Segundo nombre	Segundo apellido
<u>Juanne</u>	<u>Ocasio</u>	<u>Ocasio</u>	<u>Hidalgo</u>
Domicilio	Numero	Calle	Ciudad Estado Codigo
<u>217 N 37 Apt 102</u>		<u>Dawson</u>	<u>MN 56232</u>
Telefono	No. de seguro social		
<u>(310) 769-4592</u>	<u>581-99-6236</u>		
Menor de 18 anos? ☐ Si ☒ NO, Si su contestacion fue si, Puede comprobar elegibilidad para trabajar? ☒ Si ☐ NO			
Tiene autoorizacion para trabajar en los EE.UU.? ☐ Si ☐ NO. Necesita comprobar su elegibilidad si es contratado/a.			
Puesto que solicita Y sueldo que espera Turno		Horas Extraordinarias? ☒ Si ☐ No	
<u>finis</u>			

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	MAYOR O TITULO
Colegio secundario		
Universidad	<u>MEXICO</u>	
Escuela de formation empresarial O industrial		
Escuela Profesional		

Ha sido usted alguna vez declarado culpable por un delito que tiene relacion considerablemente con las funciones o calificaciones que se relacionan con el puesto que esta solicitando? ☐ No ☐ Yes (Tener antecedentes no significa necesariamente que le descalifiquen de antemano para obtener empleo).

Si su contestacion fue Si, explique la cantidad de condenas, la naturaleza del/los delito(s), naturaleza del (los) delito(s) que lo/la llevo a ser condenada, cuanto tiempo hace que cometio tal delito, la sentencia que se le aplico y el tipo de rehabilitacion

TIENE LICENCIA DE CONDUCIR? ☐ Si ☐ No 17796078656922

Por favor escriba dos referencias que no sean familiares.

Nombre Hector Lopez
 Direction Residencial
 Telefono () _____

Nombre Miranda
 Direction _____
 Telefono () _____

MILITAR

USTED ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS? ☐ Si ☐ No

ES USTED MIEMBRO DE LA GUARDIA NACIONAL?

☐ Si ☐ No

Especialidad _____ Fecha en que se alisto _____ Fecha de baja _____

Experiencia laboral

Por favor escriba su experiencia laboral en los ultimos siete años comenzando con su puesto mas reciente. Si era trabajador autonomo, escriba el nombre de empresa. Adjunte paginas adicionales si es necesario.

Nombre de empleador Milking Farm Numero de telefono () _____

Domicilio Buffalo MN Supervisor Oscar

Motivo por el cual dejo el trabajo (sea especifico/a)
Company changed and moved.

5 months

Posiciones/Deberes:

Milking during day and night shifts.

Nombre de empleador Dakota Provisions Numero de telefono (605) 354-2452

Domicilio Huron, SD Supervisor Juan Dominguez

Motivo por el que dejo el trabajo (sea especifico/a)
moved back to a different town, and different job.

1 yr

Posiciones/Deberes:

Packing Hams.

Nombre de empleador _____ Numero de telefono () _____

Domicilio _____ Supervisor _____

Motivo por el que dejo el trabajo (sea especifico/a)

Posiciones/Deberes:

CMG GUIA DE ENTREVISTA PARA LA CORPORACION DE SUZLON ROTOR
FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
 SI USTED NO ESTA SEGURO DE COMO RESPONDER, DEJE EL ESPACIO SIN LLENAR

Nombre de solicitante _____ Fecha _____

1.) Esta usted de acuerdo en tomar una prueba de alcohol y/o droga antes de contratar con nuestra empresa?

Si ☒ No _____ Porque no? _____

Esta usted de acuerdo en tomar un examen de salud antes de contratar con nuestra empresa?

Si ☒ No _____ Porque no? _____

Puede trabajar en los EE.UU. legalmente? Explique de que forma? Ciudadano- Immigrante Residente-Otro?

Tiene usted transportacion buena? Si ☒ No _____ Que tan lejoz tiene que viajar en millas? _____

Va a necesitar que alguien lo lleve al trabajo? Si _____ No ☒

Que tan lejos vive usted de Suzlon Rotor Corporation? 0-10, 10-25, 25-50, 75-100, 100+ millas

Cual turno es mejor para su horario? 1o 5am-3:30pm, o 2o, 3pm -1am?

Puedes trabajar cualquier turno? Si ☒ No _____ Puedes trabajar horas extras? Si ☒ No _____

Estas de acuerdo con el pago por hora de \$9.00? Si ☒ No _____

Si su respuesta es no, cual es el pago por hora que usted desea? _____

Alguna vez ha sido sentenciado por un delito? Si _____ Cuando? _____ No ☒

Alguna vez lo han despedido de un trabajo? Si _____ No ☒

Si es que si, explique la razon _____

Por lo regular, cuantas veces por mes falta de su trabajo? Nunca ☒ 1-2 veces _____ 3+ veces _____

Por cual razon? _____

SOLICITANTE: FAVOR DE NO ESCRIBIR ABAJO DE ESTA LINEA

Is the application signed? Yes No _____ Are both the application and questions above completed? Yes No _____
 Was the applicant on time for their interview? Yes No _____ How did the applicant hear about CMG/Suzlon
PHYSICAL JOB REQUIREMENTS. ASK THE APPLICANT IF THEY CAN PERFORM THE FOLLOWING:

Tiene usted movimiento completo de su cabeza, cuello, y cuerpo Si ☒ No _____

Puede usted cargar/levantar hasta 50 libras de peso si es necesario? Si ☒ No _____

Puede Ud. trabajar en sus rodillas? Si ☒ No _____ Puede Ud. trabajar de pie por 10 horas? Si ☒ No _____

Puede usted trabajar cerca de vapores o polvo por un turno de 10 horas? Si ☒ No _____

Alguna vez ha utilizado un respirador? No

Alguna vez ha trabajado en un ambiente de fabricacion? Si ☒ No _____ Si respondio que si, donde?

Expliquenos donde y cuales eran sus responsabilidades: _____

Esta usted trabajando ahora? Si _____ No ☒ Porque desea salirse de su trabajo? _____

Cuanto tiempo lleva en su busqueda? 1 month

Esta usted en un descanso temporario? (layoff) Si _____ No ☒

A donde ha solicitado trabajo or entrevistas? _____

Cuando estara usted disponible para empezar a trabajar? ASAP

Require usted dos semanas para avisar su empleo? Si _____ No ☒

Dos referencias: Nombre/Titulo: Dakota Provisions

605-354-2452

DOCUMENTO DE RENUNCIA
DEL FORMULARIO DE SOLICITUD

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

A cambio de la consideración de mi solicitud de empleo por la CMG, (en lo sucesivo, "la Compañía"), estoy de acuerdo en que:

Ni la aceptación de esta solicitud ni la consiguiente entrada en cualquier tipo de relación de empleo, sea en el puesto solicitado o en cualquier otro puesto y sin tener en cuenta los contenidos de los manuales del empleado, manuales del personal, planes de beneficio, declaraciones de políticas y documentos similares que puedan surgir de vez en cuando u otras prácticas empresariales, servirán para crear un contrato de empleo real o implicado. YOH 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. YOH y esa relación no se podrá cambiar excepto con un instrumento escrito y firmado por el Propietario/Gerente General de la Compañía. YOH Tanto el/la abajo firmante como la compañía X pueden terminar la relación de empleo en cualquier momento, sin aviso o razón. YOH 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. YOH

Yo autorizo a la investigación de todas las declaraciones hechas en esta solicitud. YOH Entiendo que la distorsión o la omisión de los hechos requeridos es suficiente razón para despido en cualquier momento sin previo aviso. YOH Por la presente le concedo autorización a la Compañía para contactar con las escuelas, empleadores previos (salvo los indicados), referencias y otros y descarga la Compañía de cualquiera responsabilidad que sea resultado de tal contrato. YOH

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

También entiendo que mi empleo con la Compañía será de prueba durante noventa (90) días y en cualquier momento de este período de prueba o a partir de entonces, mi relación de empleo con la Compañía puede ser terminada por cualquier razón y por cualquier parte. YOH

Firma del postulante

YOH

Fecha:

1-11-08

CMG ofrece la igualdad de oportunidades de empleo. Cumplimos con una política de toma de decisiones laborales sin discriminación contra raza, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, ciudadanía, edad o invalidez. Le aseguramos que la oportunidad que tenga de conseguir trabajo con CMG depende solamente de sus cualidades.

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

CMG

Corporate Management Group, Inc.

PRUEBA DE DROGA Y ALCOHOL REGLAMIENTO Y FORMATO DE CONSENTIMIENTO

CMG está comprometido a mantener un ambiente de trabajo seguro y productivo, en todas las instalaciones y lugares en los cuales asigne asociados y se compromete a proteger toda propiedad conectada con dicho empleo. El acuerdo y cooperación de esta política y la firma de este formato es requerido a todas las personas como una condición de trabajo o para continuar trabajando en CMG.

Es política de CMG no contratar a ninguna persona que obtenga una prueba positiva por consumo de cualquier droga ilegal o por el uso de drogas ilegales o una droga controlada, en cualquier cantidad, sin tener en cuenta la frecuencia y sin una prescripción médica. Por lo tanto, y de acuerdo con la ley, asociados de CMG pueden ser requeridos para que se sometan a una prueba de anti-droga por cualquiera de las siguientes razones:

- Continuación de trabajo.
- Por sospecha razonable de un gerente de CMG o cualquier gerente de algún cliente de CMG.
- Después de un accidente (relacionado con accidentes de trabajo).
- Al azar para asegurar consistencia y continuidad de la política (al azar para los empleados en trabajos de seguridad-sensibles)
- Carta recordativa que prueba durante y después del tratamiento químico de la dependencia.

Yo comprendo, que de acuerdo con esta política, puedo ser solicitado para ir a un centro profesional de prueba de droga y suministrar una muestra de mi orina y/o fluidos corporales, tejidos o filamentos para análisis químicos.

Yo acedo, libre y voluntariamente, a este pedido de muestra o muestras de orina y/o fluidos corporales, tejidos o filamentos. Por este medio yo concedo a CMG, al especialista médico obtener las muestras y que el laboratorio realice los análisis (incluyendo sus empleados, agentes y contratistas) y por cualquier responsabilidad que surge del mismo, por el suministro de mi orina y/o fluidos corporales, tejidos o filamentos. Las decisiones de mi empleo serán basadas en los resultados de estos análisis.

Yo comprendo, que cualquier persona que rechaza tomar la prueba puede ser descalificada para el empleo con la compañía, constante con la ley del estado. Cualquiera persona que falla en la prueba recibirá oportunidades proporcionadas del tratamiento según lo indicado de acuerdo con ley del empleo de Minnesota. La prueba inicial y las pruebas confirmativas para los resultados positivos están a expensas de la compañía. El reexaminar está a mi costo.

Yo comprendo que tengo el derecho de explicar una prueba positiva o de solicitarla y de pagar una contra-prueba confirmativa.

He leído el presente reglamento y el formato de consentimiento y estoy de acuerdo en someterme a la prueba de droga y alcohol como parte de los terminos y condiciones de empleo de CMG.

NOMBRE Jeanette Ocasio Hidalgo (letra de molde)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL 581-99-6236

FIRMA Jeanette Ocasio H. FECHA _____

TESTIGO _____ FECHA _____

Employee Referral Form

I, _____ was referred to work at Suzlon Rotor
(Your Name)
Corporation by _____ an employee of Suzlon Rotor
(Name of current SRC employee)
Corporation.

Signature

Date

Employee referral form must be submitted at the time of application. After the applicant's completion of 90 days as an employee the referring employee will receive a \$200 referral bonus on their next payroll check.