

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)	↓	↓
Carrillo, Jesse					
ESG New Hire Application	6/6 AP	AP	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	6/6		CMG Emergency Contact Info		
Employment Eligibility – I-9- 2 forms of ID - copies			Employment Eligibility – I-9 2 forms of ID - copies		
(1) ID card	6/6		(1)		
(2) SS card	6/6		(2)		
W-4	6/6		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	6/6		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
			E-VERIFY		
			CMG HANDBOOK-date reviewed and distributed with new employee		
Additional information:	Starts 6/9/08		EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT		

CMG CORPORATE FAX NUMBER: 303-736-7767

06/09/08
Nights



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

(STRICTLY CONFIDENTIAL)

CLIENT:

Suzlon

LAST NAME:

Apellido Nombre

Jesse Timothy Carrillo

FIRST NAME:

Primero Nombre

Jesse

MIDDLE INITIAL:

Segunda Inicial

T.

ADDRESS:

Direccion

1120 4 TH AVE APT. 2

CITY:

Ciudad

Worthington

STATE:

Estado

MN.

ZIP:

Zona Postal

56187

HOME PHONE #:

Teléfono

507-3763569

CELL PHONE #:

Celular teléfono

DATE OF BIRTH:

Fecha de Nacimiento

06-04-1986

SOCIAL SECURITY NUMBER:

Numero de Seguro Social

523-49-9242

GENDER: FEMALE

Género

Mujer

MALE

Masculino

MARITAL STATUS: MARRIED

Estado Civil

Casado

SINGLE

Soltero

/S/

ETHNIC ID: (WHITE, BLACK, HISPANIC, ASIAN, INDIAN)

Origen étnia



EMERGENCY CONTACT INFORMATION

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME:

Nombre

Jesse Timothy Carrillo

PHONE #:

Teléfono

507 376 3569

FOR CMG USE ONLY:

HIRE DATE:

06/06/08

START DATE:

06/09/08

TERM DATE:

SALARY (Hourly):

10.60

SHIFT DIFFERENTIAL

SHIFT: 1-DAY

2-NIGHT

3-OVERNIGHT

DEPARTMENT:

SUPERVISOR:

PRIMARY LANGUAGE:

WORKERS COMP CODE:

EMPLOYMENT STATUS

Agency Referral

CMG Recruit



CMG Rollover Date:

Client Rollover Date:

Revised: February 2008



Employer
Solutions
Staffing
Group LLC

Solicitud

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

Información personal—

Apellido Carrillo Primer nombre Jesse

Segundo nombre ~~Timothy~~

Dirección (número de casa y calle) 1120 4 TH AVE APT 2

Ciudad/estado/código postal—

WORTHINGTON, MN 56187

Tfno. de la casa 507 376 35 69 Tfno. para recados _____

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? ☒ Sí ☐ NO

Certificación y autorización del solicitante

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

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

Jesse Timothy C. Jesse T. Carrillo 06-06-08
Nombre (en letra de imprenta o a máquina) Firma del solicitante 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)

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 para 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	<u>1</u>
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	<u>5</u>
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	<u>115</u>

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		OMB No. 1545-0074 2008
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>Jesse</u>	Apellido <u>Carrillo</u>	2 Su número de seguro social <u>523 49 9242</u>
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) <u>1120 4TH AVE APT. 2</u> Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) <u>WORTHINGTON, MN. 56187</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".
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>5</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 <u>7</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>Jesse T. Carrillo</u>		Fecha <u>06-06-08</u>
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**

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. 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	5. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197)
	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	
	Para personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar los documentos en la lista anterior:	
	10. Expediente académico o tarjeta de calificaciones	
	11. Informe médico, de clínica u hospital	
	12. Registro de guardería	

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

**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>Jesse</u>	First <u>Timothy</u>	Middle Initial <u>Carrillo</u>	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>1120 4TH AVE APT. 2</u>			Apt. # <u>2</u>
City <u>Worthington, MN.</u>			State <u>MN.</u>
Zip Code <u>56187</u>			Social Security # <u>523 49 9242</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 <u>ciudadano</u> ☐ An alien authorized to work until _____ (Alien # or Admission #)

Employee's Signature
Jesse T. Carrillo

Date (month/day/year)
0606-08

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>ID Card</u>		<u>SS Card</u>
Issuing authority: _____		<u>MN</u>		<u>US Gov't</u>
Document #: _____		<u>H048039875718</u>		<u>523-49-9242</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>6-4-2012</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) 6/6/08 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>Ashtley Postma</u>	Title <u>Admin Assistant</u>
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) <u>ESSG 700 Ohmns lane Se 405 Edina MN 55431</u>		Date (month/day/year) <u>6/6/08</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
IDENTIFICATION CARD
NOT A DRIVER'S LICENSE

JESSE TIMOTHY CARRILLO
1120 4TH AVE APT 2
WORTHINGTON, MN 56187

Date of Birth 05-04-1988
Sex M Eyes BRN Class ID
Height 5-2 Weight 115
ISSUED 04-2008 EXPIRES 06-04-2012

H64803987571B

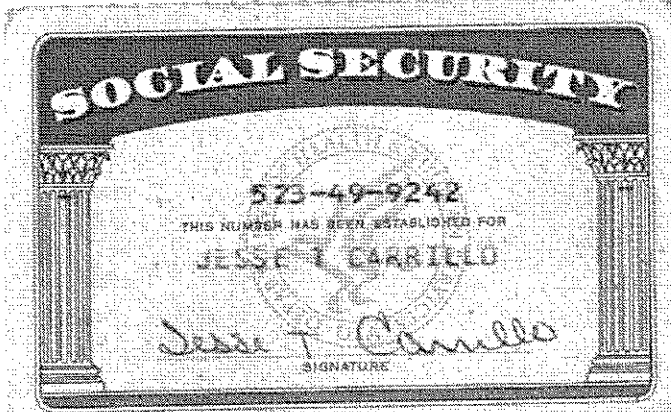


SOCIAL SECURITY

523-49-9242

THIS NUMBER HAS BEEN ESTABLISHED FOR
JESSE T CARRILLO

Jesse T Carrillo
SIGNATURE



SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 06/06/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008158150728DD

Initial Verification:

Last Name:	Carrillo	First Name:	Jesse
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	523-49-9242	Date of Birth:	06/04/1985
Hire Date:	06/06/2008	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:	06/06/2008

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 Authorized	Resolved On:	06/06/2008
Resolved By:	KTHO9064		

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

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

Su Nombre: Jesse Timothy Carrillo

Dirección: 1120 4TH AVE APT. 2

Teléfono de la casa: 507 376 35 69

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

1. Nombre: Ramiro Quintero

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): 507 376 35 69

2. Nombre: Jesús Torres

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): 507 343 04 99

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



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

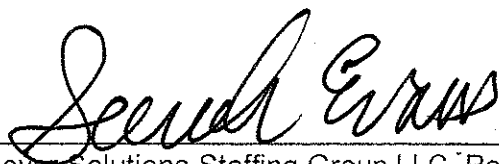
This agreement made this 6th day of June, 2007, between Employer Solutions Staffing Group LLC, hereinafter referred to as "employer", and hereafter referred to as "employee".

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.

 _____
Employee Signature

 _____
Employer Solutions Staffing Group LLC, Representative

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 Jesse Timothy Carrillo	Social Security # 523 49 9242	Birthdate 6-04-86	
Minnesota Driver's License Number 	Date Signed 06/08/08		

Signature

Jesse T. Carrillo

**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.

Jesse Timothy Carrillo
Individual's Name

606-08
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 05/13/08

Nombre Jesse Timothy Carrillo

Apellido Primer nombre, 2do Nombre y nombre de soltera

Su Domicilio 11204 TH AVE APT. 2 Worthington, MN. 56187

Numero, Calle, Ciudad, Estado, Código postal

Cuánto tiempo Mucho tiempo

No. de seguro social 523 - 49 - 9242

No. de teléfono 507 376 3569

Su edad si es menor de 18 años mayor

Recomendado/a por Leoncio López Ramos

Puesto que solicita (1) lo que dan

Días/horas que puede trabajar

Sueldo que espera (2) lo que paga la compañía
(Sea específico/a)

Ninguna preferencia. ☒ juev. _____

lunes _____ viern. _____

mártes _____ sáb. _____

miérc. _____ domingo _____

¿Cuántas horas puede trabajar por semana? completo ¿Puede trabajar de noche? si se puede

Trabajo que espera _____ HORARIO REGULAR _____ HORARIO PARCIAL ☒ HORARIO REGULAR O PARCIAL

¿Cuándo puede empezar? lo mas pronto

¿Tiene responsabilidades u obligaciones que no lo/la permitirían cumplir con los horarios específicos?

☐ No ☒ Sí Explique por favor ser tan responsable

¿Preve usted cualquiera ausencia del trabajo de vez en cuando o regularmente?

☒ No ☐ Sí Explique por favor quiero trabajo fijo

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	UBICACIÓN (dirección completa)	NÚMERO DE AÑOS TERMINADOS	ESPECIALIDAD O TÍTULO
Colegio secundario				
Universidad				
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 llevó 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? tengo carro

Su número de conductor _____ de cuál estado _____

Conductor particular ☐ Comercial /Público (CDL) ☐ Chofer ☒

Fecha en que se vence _____

¿Ha tenido algún accidente durante los últimos 3 años? ☐ Sí ☒ No

¿Cuántos? ninguno

¿Ha recibido una multa en los últimos 3 años? ☐ Sí ☒ No

¿Cuántas? ninguna

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>Leoncio Lopez A.</u>	Nombre _____
Posición <u>Construction</u>	Posición _____
Empresa _____	Empresa _____
Dirección <u>11204 Th Ave Apt 2</u>	Dirección _____
<u>Worthington M.N. 56787</u>	_____
Teléfono <u>(507) 3705560</u>	Teléfono (____) _____

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

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>Jesse T. Carrillo</u>	Supervisor <u>Juan Carlos</u>	
Posición <u>en la matanza</u>	Fechas de empleo	Sueldo o salario
Empresa <u>Windom PM</u>	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 <u>Jesse T. Carrillo</u>	Supervisor <u>Pedro Simon</u>	
Posición <u>en la construcción</u>	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.

en windom desangrando usando
cuchillo

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 <u>Jesse Timothy Carrillo</u>	Supervisor <u>Juan Carlos</u>	
Posición <u>en la mansa</u>	Fechas de empleo	Sueldo o salario <u>10.10</u>
Empresa <u>Windo PM</u>	del <u>Enero 12007</u>	Sueldo inicial <u>9.90</u>
Dirección _____	al _____	Al final _____
Teléfono (____) _____	Su último puesto/título <u>El mismo</u>	
Motivo por el cual dejó el trabajo (sea específico) <u>Pocas horas y esta lejos</u>		
Escriba el puesto o la posición, sus deberes, sus habilidades que utilizó o aprendió y si recibió promoción mientras que trabajó allí		

Nombre <u>Jesse T. Carrillo</u>	Supervisor <u>Pedro Simon</u>	
Posición <u>Trabajador construcción</u>	Fechas de empleo	Sueldo o salario <u>10.60</u>
Empresa _____	del _____	Sueldo inicial <u>10.1</u>
Dirección _____	al _____	Al final _____
Teléfono (____) _____	Su último puesto/título <u>El mismo</u>	
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? Un amigo

¿Podemos comunicarnos con su empleador? ☒ Sí ☐ No

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

Porque tengo experiencia

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 prácticas empresariales, servirán para crear un contrato de empleo verdadero o implicado I 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, I y esa relación no se podrá de cambiar excepto con un instrumento escrito y firmado por el Propietario/Gerente General de la Compañía I. Tanto el/la abajo firmante como la Compañía pueden terminar la relación de empleo en cualquier momento, sin aviso o razón I. 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. I

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. I 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. I 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). I

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. I

Firma del solicitante Jesse T. Carrillo Fecha: 05/13/08

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:** Jesse Timothy Corviko **DATE:** 05/13/08
(PLEASE PRINT)
- 2.) Are you willing to consent to a post job offered drug screen? **Yes - No** If no, why? _____
(CIRCLE)
- 3.) Are you willing to consent to a post job offered health assessment? **Yes - No** If no, why? _____
(CIRCLE)
- 4.) Can you legally work in this country? **Yes - No** If yes, by what means? **US Citizen - Resident Alien - Other?** _____
(CIRCLE) (CIRCLE)
- 5.) Do you have reliable transportation to get to work? **Yes - No** How far will you travel in miles? _____ Will you need a ride **Yes - No**
(CIRCLE) (CIRCLE)
- 6.) How far away do you live from Suzlon Rotor Corporation? **0-10 10-25 25-50 50-75 75-100 100+ Miles**
(CIRCLE)
- 7.) Which shift works best for your schedule: **7am-3:30pm 3pm-11:30pm 11pm-7:30am** Will you work any shift? **Yes-No**
(CIRCLE) (CIRCLE)
- 8.) Is the starting pay of \$10 per hour acceptable? **Yes - No** If no, starting pay desired \$ _____ per hour
(CIRCLE)
- 10.) Have you ever been convicted of a felony? **Yes - No** If so, when? _____
(CIRCLE)
- 11.) Have you ever been terminated from a job? **Yes - No** If "yes", explain: _____
(CIRCLE)
- 12.) On average how often are you absent from work per month? **Never 1-2 times 3+ times** Reason? _____
(CIRCLE)

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

- 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:

- Do you have full range of motion with your head, neck, & upper body? **Yes - No** Can you lift & carry up to 50lbs if needed? **Yes - No**
Can you work in a kneeling position? **Yes - No** Can you work in a standing position (on your feet) for a 8 hour shift? **Yes - No**
Can you work near fumes & dust for a 8 hour shift? **Yes - No** Have you ever worn a respirator? **Yes - No** Where? _____

BASIC INTERVIEW QUESTIONS

- Have you ever worked in a mfg environment before? **Yes - No** If "yes", where? And tell me about your job responsibilities/duties: _____

- Are you currently working right now? **Yes - No** If "yes", why are you looking to leave your employer? _____

If "no", how long have you been looking for employment? _____

- Are you on layoff subject to recall? **Yes - No** Where have you had interviews or filled out applications at? _____

- When are you available for employment? _____ Do you need to give a 2 week notice with your employer? **Yes - No**

REFERENCE CHECKS

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

Name and title of reference/company: _____

Comments: _____

Name and title of reference/company: _____

Comments: _____

NOTES

Jesse TIMOTHY Carrillo

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?
2. Usted usa 8 partes por hora. Cuantas partes usara despues de 6 horas?
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?
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?
5. Usted usa 12 partes por hora. Cuantas partes usara despues de 5 horas?
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?

1) Sobrann 104 partes
~~2) usara~~ 48 partes por 6 horas
~~3) me sobra~~ 48 partes
~~4) me sobra~~ 64 partes
5) usa 60 partes por 5 horas
~~6) me sobra~~ 30 ~~cajas~~ partes



CMG, 1711 S Highway 75
Pipestone, MN 56164

STEP 1 – PRE-EMPLOYMENT HEALTH ASSESSMENTS – Worthington – AVERA HEALTHWORKS

ADDRESS: 508 10th Street, Worthington, MN 56187

CALL IMMEDIATELY to schedule your Health Assessment and Drug Screen: 507-372-2921, Ask for Kelli, the Clinic Manager. Be sure to say you are with SUZLON. Please arrive early enough to allow time to complete your Health Questionnaire. Allow up to 1 hour for your exam.

STEP 2 – AUTHORIZATION FOR COLLECTION

DATE OF TEST: _____

In order to process a laboratory procedure in our facility we are required to obtain a written request signed by a representative from your company for our records. Please complete the company Name and Address and fill in the Employee Name, Date of Birth, Social Security #, Date of Test, Test Requested, and Reason requested and sign the area for company representative.

Name of Employee

Jesse Timothy Carrillo

DOB

Social Security #

523-49-9242

(Month/day/year)

Test Requested:

☐ Urine Drug Screen (DOT)
☒ Urine Drug Screen (NON-DOT)
☐ Breath Alcohol (DOT)
☐ Breath Alcohol (NON-DOT)

Reason

Requested:

☐ Random ☒ PREEMPLOYMENT ☐ Post-accident ☐ Other
☐ Reasonable Suspicion ☐ Follow UP ☐ Return to Duty

Signature of company Representative

Kenny R. Thompson CMG

If donor does not have a driver's license or acceptable picture ID, a company rep must accompany the donor to our lab for identification purposes. The donor and the authorized representative must then sign the request to witness the identification of the donor.

INSTRUCTIONS FOR URINE DRUG SCREEN:

1. Donor must bring valid photo ID (Drivers License). If no valid photo ID or acceptable picture available, an authorized representative from company must verify ID of donor.
2. For Drug Screen – Donor must be prepared to give a urine sample for testing.
3. If donor is unable to give urine sample or other sampling issues arise, the donor may be required to remain at the clinic for up to 3 hours.
4. If confirmation testing is necessary, it may take up to one hour to complete testing.
5. A refusal to test, or a positive test, will subject donor to disciplinary action as authorized by DOT regulations or facility drug and alcohol policy.



CMG, 1711 S Highway 75
Pipestone, MN 56164

Interpreter.

STEP 1 - PRE-EMPLOYMENT HEALTH ASSESSMENTS - Worthington - AVERA HEALTHWORKS

ADDRESS: 508 10th Street, Worthington, MN 56187

CALL IMMEDIATELY to schedule your Health Assessment and Drug Screen: 507-372-2921, Ask for Kelli, the Clinic Manager. Be sure to say you are with SUZLON. Please arrive early enough to allow time to complete your Health Questionnaire. Allow up to 1 hour for your exam.

STEP 2 - AUTHORIZATION FOR COLLECTION

Register@ 1:30

Register@ 9:45 AM

(to complete form (OSHA))

DATE OF TEST: _____

In order to process a laboratory procedure in our facility we are required to obtain a written request signed by a representative from your company for our records. Please complete the company Name and Address and fill in the Employee Name, Date of Birth, Social Security #, Date of Test, Test Requested, and Reason requested and sign the area for company representative.

Name of Employee

Social Security #

Test Requested:

Urine Drug Screen (DOT)

☒ Urine Drug Screen (NON-DOT)

☐ Breath Alcohol (DOT)

☐ Breath Alcohol (NON-DOT)

Reason

Requested:

☐ Random

☒ PREEMPLOYMENT

☐ Post-accident

☐ Other

☐ Reasonable Suspicion

☐ Follow UP

☐ Return to Duty

Signature of company Representative

DOB 6-4-84
(Month/day/year)

If donor does not have a driver's license or acceptable picture ID, a company rep must accompany the donor to our lab for identification purposes. The donor and the authorized representative must then sign the request to witness the identification of the donor.

INSTRUCTIONS FOR URINE DRUG SCREEN:

1. Donor must bring valid photo ID (Drivers License). If no valid photo ID or acceptable picture available, an authorized representative from company must verify ID of donor.
2. For Drug Screen - Donor must be prepared to give a urine sample for testing.
3. If donor is unable to give urine sample or other sampling issues arise, the donor may be required to remain at the clinic for up to 3 hours.
4. If confirmation testing is necessary, it may take up to one hour to complete testing.
5. A refusal to test, or a positive test, will subject donor to disciplinary action as authorized by DOT regulations or facility drug and alcohol policy.