

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)		
Flores, Juan					
ESG New Hire Application	5/28 AP	AP	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	5/28		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	5/28		(1)		
(2) SS card	5/28		(2)		
W-4	5/28		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	5/28		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
			E-VERIFY		
			CMG HANDBOOK-date reviewed and distributed with new employee		
Additional information:	Starts 6/2/08		EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT		

CMG CORPORATE FAX NUMBER: 303-736-7767



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

(STRICTLY CONFIDENTIAL)

CLIENT: Suzlon

LAST NAME: Flores
Apellido Nombre

FIRST NAME: Juan
Primero Nombre

MIDDLE INITIAL: Jose
Segunda Inicial

ADDRESS: 311 14th Street
Direccion

CITY: Heron Lake
Ciudad

STATE: MN.
Estado

ZIP: 56137
Zona Postal

HOME PHONE #: 507-7930012
Teléfono

CELL PHONE #: 507-2210847
Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 7-29-72
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 466-81-9773
Numero de Seguro Social

GENDER: FEMALE ☐ MALE ☒
Género Mujer Masculino

MARITAL STATUS: MARRIED ☒ SINGLE ☐
Estado Civil Casado Soltero

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

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME: Maria Eugenia Lopez
Nombre

PHONE #: 507-7930012
Teléfono

FOR CMG USE ONLY:

HIRE DATE: 5/28/08 START DATE: 6/2/08 TERM DATE: _____

SALARY (Hourly): 10.00 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



Solicitud

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

Información personal—

Apellido Flores Primer nombre Juan

Segundo nombre Jose

Dirección (número de casa y calle) 311 14th

Cuidad/estado/código postal—

Heron Lake MN. 56137

Tfno. de la casa 501-7930012 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? ☐ SI ☐ NO

Certificación y autorización del solicitante

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

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

Juan J. Flores
Nombre (en letra de imprenta o a máquina)

Juan J. Flores
Firma del solicitante

05-28-08
Fecha

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

For ESSG Office Use Only

DH _____	NHW _____	I-9 _____	_____	W4 _____
Emergency Contact Info _____	Background Release Form _____	Background Results _____	Proof of Insurance _____	Drug Tests _____

Forma W-4(SP) (2008)

Propósito. Llène 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. Llène 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 Añote "1" para usted mismo si nadie más le puede reclamar como dependiente. B Añote "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 Añote "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.) D Añote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que usted reclamará en su declaración de impuestos. E Añote "1" si usted presentará como cabeza de familia en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo Cabeza de familia, arriba) F Añote "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.) 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), añote "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), añote "1" para cada hijo elegible más "1" adicional si usted tiene cuatro o más hijos elegibles. H Sume las líneas desde la A hasta la G, inclusive, y añote el total aquí. (Aviso: Esto pudiera ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos.) 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 añote en la línea 5 de la Forma W-4(SP), más abajo, la cantidad de la línea H.	A _____ B <u>1</u> C _____ D <u>3</u> 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		OMB No. 1545-0074 2008
Department of the Treasury Internal Revenue Service		
▶ 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. JUAN	Apellido Flores	2 Su número de seguro social 464 81 9773
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) 311 14th Street		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".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) Heron Lake MN. 54137		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).	6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago	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
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.) ▶ Juan B. Flores		Fecha ▶ 05-28-08
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llène las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS.)	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador o patrono (EIN)

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

LISTA A

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

LISTA B

**Documentos que Establecen
la Identidad**

LISTA C

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

O	Y
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
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
3. Pasaporte extranjero vigente con un timbre temporal I-551	3. Identificación estudiantil con fotografía
4. Tarjeta de Autorización de Empleo vigente con fotografía (Formulario I-766, I-688, I-688A, I-688B)	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
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	4. Documento tribal de Nativo-Americano
	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197)
	6. Tarjeta emitida para el uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)
	7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)
	8. Documento tribal de Nativo-Americano
	9. Licencia de conducir emitida por el gobierno canadiense
	10. Expediente académico o tarjeta de calificaciones
	11. Informe médico, de clínica u hospital
	12. Registro de guadería

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

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

Form I-9, Employment Eligibility Verification

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

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

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

Print Name: Last <u>Flores</u>	First <u>Juan</u>	Middle Initial <u>J.</u>	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>311 145th Street</u>		Apt. #	Date of Birth (month/day/year) <u>7-29-1972</u>
City <u>Heron Lake</u>	State <u>MN.</u>	Zip Code <u>54137</u>	Social Security # <u>466-81-9773</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 Juan S. Flores Date (month/day/year) 05-28-08

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>F46245440594</u>		<u>466-81-9773</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>7-29-2001</u>		
Document #: _____				
Expiration Date (if any): _____				

CERTIFICATION - I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) 5/28/08 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>Ashley Postma</u>	Print Name <u>Ashley Postma</u>	Title <u>Admin Assistant</u>
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) <u>ESSG 7301 Ohmns lane Ste 405 Edina MN 55439</u>		Date (month/day/year) <u>5/28/08</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

SEX	SS	DOB	M	ID	J7	01
MALE	145	07-29-72	1	1	1	1

BIRTH DATE
07-29-72

F-462-454-440-594
F-462-454-440-594
JUAN JOSE FLORES
906 1ST AVE S
ST JAMES MN 55081
JUAN JOSE FLORES
Juan J. Flores 2-20-78



SOCIAL SECURITY

466-81-9773

THIS NUMBER HAS BEEN ESTABLISHED FOR
JUAN JOSE FLORES

Juan J. Flores
SIGNATURE

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 05/28/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008149112739GX

Initial Verification:

Last Name:	Flores	First Name:	Juan
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	466-81-9773	Date of Birth:	07/29/1972
Hire Date:	05/28/2008	Citizenship Status:	Citizen or National of the United States
Alien Number:		I-94 Number:	
Document Type:	List B, C Documents	Doc. Expiration Date:	
Initiated By:	KTHO9064	Initiated On:	05/28/2008

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:	05/28/2008
Resolved By:	KTHO9064		

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

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

Su Nombre: Juan Jose Flores

Dirección: 311 14th Heron Lake mn. 54137

Teléfono de la casa: 507-7930012

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

1. Nombre: Maria Eugenia Lopez

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): 507-7930012

2. Nombre: Rosalia Hernandez

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): 630-2911162

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

Background Investigation Information Release Form

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

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

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

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

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

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

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

Employee Full Legal Name (Printed) Last First Middle Flores Juan Jose	Social Security # 466 81 9773	Birthdate 7 29 1972
Minnesota Driver's License Number F-462-454-440-594	Date Signed 05-28-08	

Suam S. Flores
Signature



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

This agreement made this 28 day of May, 2008, between Employer Solutions Staffing Group LLC, hereinafter referred to as "employer", and hereafter referred to as "employee".

WITNESSETH:

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

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

Suan S. Flores

Employee Signature

[Signature]

Employer Solutions Staffing Group LLC, Representative

**DRUG AND ALCOHOL
TESTING CONSENT FORM**

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

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

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

Susan S. Flores

Individual's Name

05-28-08

Date

SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6

1st shift
06/02/08



Corporate Management Group, Inc.

Formulario de solicitud de empleo

Fecha 05-07-08

Nombre Juan Jose Flores
Nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Domicilio 311 14th Heron Lake MN. 554137
Numero Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono 651 7930012 No. de seguro social 464 - 81 - 9773

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 First Shift

Horas Extraordinarias? ☒ Si ☐ No

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	MAYOR O TITULO
Colegio secundario <u>6 Grade</u>	<u>Beltmont L.A. Co.</u>	
Universidad		
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 nexesariamente 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

Por favor escriba dos referencias que no sean familiares.

Nombre Javier Romero
Direction Brewster mn.

Nombre Gerardo Najera
Direction Heron Lake mn.

Telefono (507) 842 5282

Telefono (507) 793 2783

MILITAR

USTED ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS?

☐ Si ☒ No

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 JUAN JOSE flores Fecha 05-07-08

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? YES

Tiene usted transportacion buena? Si ☒ No ☐ Que tan lejos 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? _____

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

A donde ha solicitado trabajo or entrevistas? _____

Cuando estara usted disponible para empezar a trabajar? SOON POSSIBLE

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

Dos referencias: Nombre/Titulo: Comentarios: _____

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 Juan Jose Flores (letra de molde)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL 466-81-9773

FIRMA Juan S. Flores FECHA 05-07-08

TESTIGO _____ FECHA _____

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:** _____ **DATE:** _____
(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? 2 weeks

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

Fiberglass exp
over a year

Interview Questions:

1. I'd like to know why I should hire you, so please give me 3 good qualities about yourself.
1) Honesty 2) Best he can
2. Where do you see yourself in a year from now? What goals have you set for yourself? How do you plan on reaching those goals?
Driving Car / Pay house
3. What was the longest period you stayed in a job? What did you like about that kept you there for that long?
**5 years - PM close to him*
4. How comfortable are you in working in a team environment? Give examples of places where you worked in a team environment? What do you see are the benefits of a team environment atmosphere?
Good - gets
5. Tell us about your experience in training and guiding others in work-instructions, safety requirements, or company policies.
PM - Training - Boxing
6. What heavy objects have you moved or handled in any previous jobs? What did the objects weigh? Did you use a forklift to move objects?
Nail gun - 50# - 100#
7. What types of repetitive assembly tasks have you done in any previous jobs?
PM - 40 hrs
8. When was the last time you had a conflict with a co-worker or supervisor? How did you both resolve it?
9. Do you have anything that would limit you from not working here?
10. Are you currently able to perform the essential duties of the job for which you are applying for?

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?

104

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

48

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?

50

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

64

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

60

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

30



Corporate Management Group, Inc.

APPLICATION FOR EMPLOYMENT

DATE 4-23-07

Name Floras Juan Jose

Address 311 14th Heron Lake MN. 56137

Telephone (507) 793 0012 Social Security No. 466 - 81 - 9773

Are you under age 18 ☐ YES ☐ NO, if "YES", can you provide proof of your eligibility to work? ☐ YES ☐ NO

Are 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>Bellmont School</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 EUGENIA LOPEZ

Address 311 14th Heron Lake
MN. 56137

Telephone (507) 793 0012

Name Javier Romero

Address Bruster MN.

Telephone (507) 370 2301

ENTERED
10/29/07

PLEASE READ CAREFULLY

APPLICATION FORM WAIVER

In exchange for the consideration of my job application by Corporate Management Group, Inc., (hereinafter called "the Company"), I agree that:

Neither the acceptance of this application nor the subsequent entry into any type of employment relationship, either in the position applied for or any other position, and regardless of the contents of employee handbooks, personnel manuals, benefit plans, policy statements and the like as they may exist from time to time, or other Company practices, shall serve to create an actual or implied contract of employment, or to confer any right to remain an employee Corporate Management Group, Inc., or otherwise to change in any respect the employment-at-will relationship between it and the undersigned, and that relationship cannot be altered except by a written instrument signed by the Owner/Managing Member of the Company. Both the undersigned and Corporate Management Group, Inc. may end the employment relationship at any time, without specified notice or reason. If employed, I understand that the Company may unilaterally change or revise their benefits, policies and procedures and such changes may include reduction in benefits.

I authorize investigation of all statements contained in this application. I understand that the misrepresentation or omission of facts called for is cause for dismissal at any time without any previous notice. I hereby give the Company permission to contact schools, all previous employers (unless otherwise indicated), references and others and hereby release the Company from any liability as a result of such contact.

I understand that, in connection with the routine processing of your employment application, the Company may request from a consumer reporting agency an investigative consumer report including information as to my credit records, character, general reputation, personal characteristics and mode of living. Upon written request from me, the Company, will provide me with additional information concerning the nature and scope of any such report requested by it, as required by the Fair Credit Reporting Act.

I further understand that my employment with the Company shall be probationary for a period of ninety (90) days and further that at any time during the probationary period or thereafter, my employment relationship with the Company is terminable at will for any reason by either party.

Signature of applicant Suan S. Flores Date: 4-23-07

Corporate Management Group, Inc. is an equal employment opportunity employer. We adhere to a policy of making employment decisions without regard to race, color, religion, gender, sexual orientation, national origin, citizenship, age or disability. We assure you that your opportunity for employment with Corporate Management Group, Inc. depends solely on your qualifications.

Thank you for completing this application form and for your interest in our business.

SUZLON ROTOR CORP. APPLICATION FOR EMPLOYMENT

Flores, Juan
Interview
Friday, Oct. 20th
@ 3:00 - 10 mins
Call 10/23 4/M



We are an equal opportunity employer, dedicated to a policy of nondiscrimination on any basis. Consistent with the Americans with Disabilities Act, applicants may request accommodations needed to participate in the application process.

PERSONAL INFORMATION (print)

Last Flores	First Juan	Middle Initial Jose
Street/PO Box	City	State ZIP Code
Permanent Address 311 14th. Heron Lake MN. 56137		
Telephone Number 507 7930012	Message Telephone Number 507-7930012	
Are you 18 years or older? ☒ YES ☐ NO Social Security Number 466 - 81 - 9773		
Position Applying For Any Position		Date You Can Start
Are You Currently Employed? YES ☒ NO ☐		If YES, may we contact your present employer? YES ☒ NO ☐
Have you applied to this company before? YES ☐ NO ☒		If YES, where and when?
Do you have a High School Diploma or GED? YES ☐ NO ☒ If NO, Highest Grade Completed		Studies in High School

SPECIAL TRAINING OR EDUCATION BEYOND HIGH SCHOOL

Name of School & Location	Course of Study	Type of Degree, Certificate or Occupational License

MILITARY SERVICE RECORD

Are you a Veteran? YES ☐ NO ☒	Branch	Dates of Service From To
---	--------	----------------------------------

What type of education, training and work experience did you receive in the military?

INVITATION FOR SELF-IDENTIFICATION

**Invitation for Self-Identification of Minority, Vietnam Era Veteran,
Disabled Veteran, Other Eligible Veteran, or Persons with a Disability**

Submission of information is voluntary; refusal to identify will not adversely affect any applicant or employee. This information will be kept confidential. Please check the appropriate box(es):

SEX: Female ☐ Male ☒

PERSON WITH DISABILITIES: YES ☐ NO ☒

(Please communicate any special accommodations required.)

RACE / ETHNIC GROUP

☐ Asian/Pacific Islander ☐ African American ☐ Hispanic ☐ Native American Indian or Alaskan Native ☐ White

VETERAN STATUS

- ☐ **Vietnam Era Veteran** on active duty between August 5, 1964, and May 7, 1975.
- ☐ **Disabled Veteran** a person entitled to a disability at 30 percent or more incurred in the line of duty.
- ☐ **Other Veteran** on active duty 180 days or more and served in a campaign for which a badge has been awarded.

SE

Employee Referral Form

I, Juan Flores was referred to work at Suzlon Rotor Corporation
(Your Name)

by Emmanuel an employee of Suzlon Rotor Corporation.
(Name of current SRC employee)

Juan B. Flores
Signature

05-28-08
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.