

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)	↓	↓
Soto Mayor, Maria					
ESG New Hire Application	6/2 AP	AP	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	6/2		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	6/2		(1)		
(2) SS card	6/2		(2)		
W-4	6/2		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	6/2		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



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

(STRICTLY CONFIDENTIAL)

CLIENT: Suzlon

LAST NAME: Sotomayor
Apellido Nombre

FIRST NAME: Maria MIDDLE INITIAL: G
Primero Nombre Segunda Inicial

ADDRESS: 131 W - Howard St
Direccion

CITY: Edgerton MN STATE: IL ZIP: 56128
Ciudad Estado Zona Postal

HOME PHONE #: 507 442 5735 CELL PHONE #: 507 227 5337
Teléfono Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 2/2/66
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 583 59 3964
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: <u>Griselle Rivera</u> Nombre	
PHONE #: <u>507 227 5337</u> Teléfono	

FOR CMG USE ONLY:			
HIRE DATE: <u>05/28/08</u>	START DATE: <u>6/9/08</u>	TERM DATE: _____	
SALARY (Hourly): <u>10.00</u>	SHIFT DIFFERENTIAL: _____	SHIFT: <u>1-NAV</u>	OVERNIGHT: _____
DEPARTMENT: _____		SUPERVISOR: _____	
PRIMARY LANGUAGE: _____		WORKERS COMP CODE: _____	

EMPLOYMENT STATUS	
Agency Referral	CMG Recruit ☒
CMG Rollover Date: _____	
Client Rollover Date: _____	



Employer
Solutions
Staffing
Group LLC

Solicitud

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

Información personal—

Apellido Soto Mayor Primer nombre Maria

Segundo nombre Grissel

Dirección (número de casa y calle) 131 w. Howard St

Cuidad/estado/código postal—

Edgerton MN 56128

Tfno. de la casa 507 442 5735 Tfno. para recados 507 227 5337

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.

Maria Soto Mayor
Nombre (en letra de imprenta o a máquina)

Maria Soto Mayor
Firma del solicitante

6-2-08
Fecha

Una copia o facsímile 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 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 o 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), anote "2" para cada hijo(a) elegible. • Si su ingreso total será de entre \$57,000 y \$84,000 (\$85,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo elegible más "1" adicional si usted tiene cuatro o más hijos elegibles. H 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.) 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		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.	Apellido Maria Sofomayor	2 Su número de seguro social: 583 59 3964
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) 131 W. Howard St		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) Edgerton MN 56128		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 para una nueva tarjeta. ☐
5 Número total de exenciones que reclama usted (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que aplica en la página 2).	5 1	
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		
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.) Maria Sofomayor		Fecha 6/2/08
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS.)	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador o patrono (EIN)

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. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197)
5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador	6. Tarjeta Militar de Identificación de dependientes	6. Tarjeta emitida para el uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)
	7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera Estadounidense	
	8. Documento tribal de Nativo-Americano	7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)
	9. Licencia de conducir emitida por el gobierno canadiense	
	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.

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>Sotomayor</u>	First <u>Maria</u>	Middle Initial <u>G</u>	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>131 W Howard St</u>		Apt. #	Date of Birth (month/day/year) <u>2/2/66</u>
City <u>Edgerton</u>	State <u>WV</u>	Zip Code <u>26128</u>	Social Security # <u>583 59 3964</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 Maria Sotomayor Date (month/day/year) 6-2-08

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>Puerto Rico</u>		<u>US Govt</u>
Document #: _____		<u>322607</u>		<u>583-59-3964</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>N/A</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) 6/2/08 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 7300mslane Ste 405 Edina MN 55139</u>		Date (month/day/year) <u>6/2/08</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)



COMISION ESTATAL DE ELECCIONES
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
TARJETA DE IDENTIFICACION ELECTORAL

Numero Electoral	Apellido	Sexo	Edad
3222607	SOTOMAYOR	F	55
	GARCIA		
	MARIA		
			07 FEB 1968
			Fecha de Emision
			12 FEB 2008
			Fecha de Expiracion

Maria G. Sotomayor
Firma del Elector

[Signature]
Firma del Emisor

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

MINNESOTA DRIVER'S LICENSE/IDENTIFICATION CARD APPLICATION
PLEASE PRINT (OPTIONAL VOTER REGISTRATION CARD)

MIN Driver Services Card Number	Birth date	Month	Day	Year
	03-02-1966			
Legal Name	Kara Q. Gissel			
Previous Name (Only if name has changed since last application)				
Complete First Name	Complete Middle Name	Last Name		
Kara	Q	Gissel		

Residence Address (Number, Street) Apt #
11936 11111 St 53

City State ZIP Code
Lofa MN 55134

Physical Description Eye Color Hair Color Height Weight in pounds Male Female
BRN FL 3 In 130 150 Y

Visit us on the web at
www.mndriveinfo.org

MAR 7 2008

PAID

- Check the status of your application.
- Schedule a road test.
- Check the status of your driving privilege.
- And more....

Driver's License Questions 651/297-3296
License Status, available 24/7 651/284-2000

General Information 651/296-6911
TDD/TTY 651/282-6555



Driver & Vehicle Services

STATION 651

PAID

JUN 02 2008

THIS DOCUMENT IS A RECEIPT AND IS NOT TO BE USED AS A STAND ALONE IDENTIFICATION DOCUMENT

- This document in conjunction with the invalidated previous license or ID card may be used as identification.
- This receipt is valid for the type of license indicated on this application.
- This receipt is valid for 45 days from date of application or until receipt of plastic card.
- This receipt is void if department record shows applicant is not entitled to issuance or driving privileges are under withdrawal.
- This receipt is not valid without stamp.

PREV. BATCH #	TYPE	PASSED TESTS	RESTRICT/ENDORSE	VISION
	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ PROV ☐ ID ☐ MBOP ☐ IP	☐ DUP ☐ D ☐ MC ☐ MBOP ☐ CDL PRETRIP ☐ GK ☐ AIR ☐ COMBINATION ☐ DBL/TRIPLE ☐ PASSENGER ☐ SCHOOL BUS ☐ TANKER ☐ HAZ MAT ☐ DVI ☐ INSURANCE ☐ RT PS/DI/WVD	☐ MC ORIGINAL ☐ MC RENEWAL ☐ ADD/REMOVE	☐ PASS. NR ☐ PASS. CL ☐ INCOMPLETE ☐ ATTACHED
	INDICATORS ☐ SENIOR ☐ LTD MOBILITY ☐ SNOWMOBILE ☐ FIREARM ☐ S or TC		FEES PAID APPLICATION \$16.25 OTHER FEES MC \$ SS PHYS \$ REIN FEE \$ OTHER \$	PROPER ID YES ☐ NO ☐ DOCS VIEWED MC \$5 INVALIDATED DL/ID/IP CODE
Note:	Processed by: <i>[Signature]</i>			

Office Use Only ☐ Online ☐ Office ☐

RX #

02 07 08

501-227-5337

200806067002

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 06/04/2008
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008156094557QU

Initial Verification:

Last Name:	sotomayor	First Name:	Maria
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	583-59-3964	Date of Birth:	02/02/1966
Hire Date:	06/02/2008	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:	06/04/2008

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:	06/04/2008
Resolved By:	KTHO9064		

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

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

Su Nombre: Maria Sotomayor

Dirección: 131 W. Howard St Edgerton MN 56128

Teléfono de la casa: 607 442 5735

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

1. Nombre: Griselle Rivera

Teléfono (trabajo): 607 562 6700

Teléfono (casa): 507 227 5337

2. Nombre: _____

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): _____

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 2 day of June, 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.

Maria Sotomayor

Employee Signature

[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) LastFirstMiddle SotomayorMariaG	Social Security # 5835939642266	Birthdate 2266
Minnesota Driver's License Number	Date Signed 6/2/08	

Mario Sotomayor
Signature

**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.

Maria Setomayor
Individual's Name

6-2-66
Date

SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6



Corporate Management Group, Inc.

Formulario de solicitud de empleo

Fecha 3/6/08

Nombre Maria Grisel Soto Mayor Garcia
Nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Domicilio 11936 111th St Leota Un 56153
Numero Calle Ciudad EstadoCodigo

Telefono (501) 443-6760 No. de seguro social 583 - 59 - 3964

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 Nose (no)
Y sueldo que espera 10-60 hora
Turno

Horas Extraordinarias? ☒ Si ☐ No

TIPO DE ESCUELA	NOMBRE DE ESCUELA	MAYOR O TITULO
Colegio secundario		
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 Griselle Buena
Direccion 11936 111th St
Leota Un 56153
Telefono (501) 443-6760

Nombre Edwin Maisonet
Direccion P.O Box 370 Leota
Un 56153
Telefono (712) 441-6796

MILITAR

USTED ALGUNA VEZ HA ESTADO EN LAS FUERZAS ARMADAS?

☐ Si ☒ No

ENTERED
KT 3-6-08

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 Maria Solomayor Fecha 3/6/08

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?

Tiene usted transportacion buena? Si ☒ No ☐ Que tan lejos tiene que viajar en millas? 10 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? 3:45-12:15 PM
 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? 10.60

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, cuantes 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?* Daughter
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: 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 Maria G. Sotomayor Garcia (letra de molde)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL 583-59-3964

FIRMA Maria Sotomayor Garcia FECHA 3/6/08

TESTIGO _____ FECHA _____

INTERVIEW QUESTIONS

Marla Grissel Self-Mayor.

1. I'd like to know why I should hire you, so please give me 3 good qualities about yourself.

1. Gets along with others.
2. Punctual
3.

2. Of those 3, which DO YOU FEEL IS your greatest strength?

Gets along with others

3. Do you have a weakness and how do you overcome that weakness?

None.

4. 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? Do you have a plan B in the event that your original plan does not work out?

5. What was the longest period you stayed in a job? What did you like about that job that kept you there for that long?

7 yrs. Likes ~~working~~ working with others.

6. 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? If you had to choose a job between working in a team environment and working as an individual contributor, which would you choose and why?

Likes the group environment. Doesn't matter if worked by self or in group.

7. Give me a work example where you were required to take accurate measurements. (Doesn't have to be with a tape measurer, could be liquid or powder measurements as well). How important was accuracy in measurement to completing this work?

8. 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? Are you forklift certified?

Boxes of product. 50-60 lbs.

9. What types of repetitive assembly tasks have you done in any previous jobs? What kind of a plan did you make for yourself to maintain the quality of the assembly over time?