



Please Indicate What Shift and Department You Are In:

Name: Pedra Robles Rosa

**Shifts:**

Day Shift \_\_\_\_\_

Night Shift \_\_\_\_\_

**Departments:**

Finishing \_\_\_\_\_

~~Nose Cones~~ X

Material Prep \_\_\_\_\_

Stores \_\_\_\_\_

Prefab \_\_\_\_\_

Mould \_\_\_\_\_

Maintenance \_\_\_\_\_

Project Crew \_\_\_\_\_

Resin Mixing \_\_\_\_\_

CMG Consultant Signature

Date



## SUMMARY

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

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



## ACKNOWLEDGMENT

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

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

Date:

03-7-08

Associate's Signature:

Pedro Robles Rosa

Associate's Printed Name:

Pedro Robles Rosa

Social Security #:

584-65-2546

Orientation provided by:

[Signature]



## **EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT**

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

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

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

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

03-07-08  
Date

Pedro Robles Rosa  
Signature

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<br><u>Robles-Rosa</u>                        | First<br><u>Pedro</u> | Middle Initial           | Maiden Name                                       |
| Address (Street Name and Number)<br><u>#1120 1/2 4th AVE.</u> |                       | Apt. #<br><u>5</u>       | Date of Birth (month/day/year)<br><u>02-07-79</u> |
| City<br><u>Washington</u>                                     | State<br><u>MD</u>    | Zip Code<br><u>56187</u> | Social Security #<br><u>584-65-2546</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  
Pedro Robles Rosa

Date (month/day/year)  
03-07-08

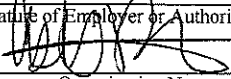
**Preparer and/or Translator Certification.** (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| 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>DL</u>            |  | <u>SS Card</u>     |
| Issuing authority: _____        |                                                                                     | <u>MN</u>            |                                                                                       | <u>US Govt</u>     |
| Document #: _____               |                                                                                     | <u>G337046584913</u> |                                                                                       | <u>584-65-2546</u> |
| Expiration Date (if any): _____ |                                                                                     | <u>2-7-2010</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) 3/7/08 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<br>            | Print Name<br><u>Ashley Postma</u> | Title<br><u>Admin Assistant</u>        |
| Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)<br><u>CMG 1200 Washington St Ste 290 Thornton CO 80229</u> |                                    | Date (month/day/year)<br><u>3/7/08</u> |

**Section 3. Updating and Reverification.** To be completed and signed by employer.

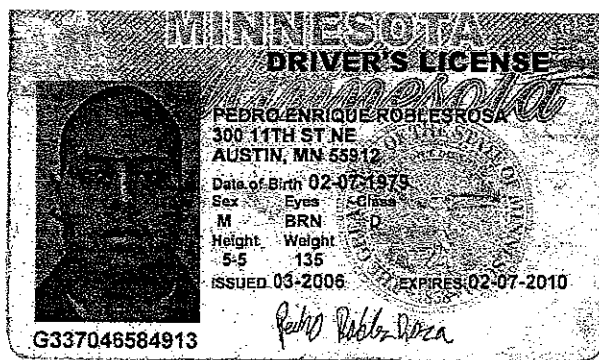
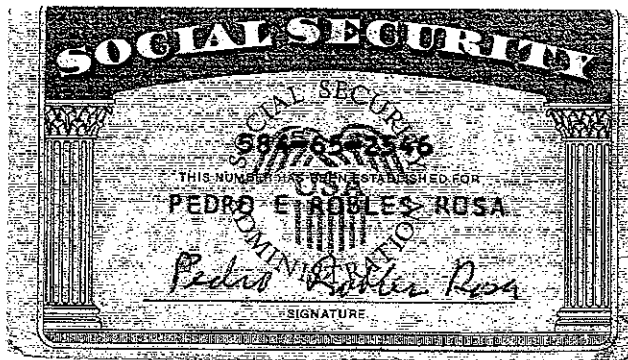
|                             |                                                    |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| A. New Name (if applicable) | B. Date of Rehire (month/day/year) (if applicable) |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|

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) |
|----------------------------------------------------|-----------------------|



## SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security  
E-Verify

Report Prepared: 03/10/2008  
Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008070110835LA

**Initial Verification:**

|                         |                     |                       |                                          |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| Last Name:              | Roblesrosa          | First Name:           | Pedro                                    |
| Middle Initial:         |                     | Maiden Name:          |                                          |
| Social Security Number: | 584-65-2546         | Date of Birth:        | 02/07/1979                               |
| Hire Date:              | 03/10/2008          | Citizenship Status:   | Citizen or National of the United States |
| Alien Number:           |                     | I-94 Number:          |                                          |
| Document Type:          | List B, C Documents | Doc. Expiration Date: |                                          |
| Initiated By:           | APOS3210            | Initiated On:         | 03/10/2008                               |

**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: | 03/10/2008 |
| Resolved By:    | APOS3210            |              |            |

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

# Forma W-4(SP) 2007

**Propósito.** Llene la Forma W-4(SP) para que su empleador o patrono pueda retenerle el impuesto federal sobre el ingreso correcto de su paga. Debido a que su situación tributaria pudiera cambiar, usted pudiera querer recalcular su retención cada año.

**Exención de la retención.** Si usted está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme la forma para validarla. Su exención para el 2007 vence el 16 de febrero del 2008. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

**Aviso:** Usted no puede reclamar la exención de la retención si: (a) su ingreso excede de \$850 e incluye más de \$300 de ingreso no derivado del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos) y (b) otra persona puede reclamarlo a usted como dependiente en su declaración de impuestos.

**Instrucciones básicas.** Si usted no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, más abajo. Las hojas de trabajo en la página 2 ajustan sus descuentos de la retención basados en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes al ingreso o situaciones de dos asalariados/dos empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le apliquen. Sin embargo, usted pudiera reclamar menos (o cero) descuentos.

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

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

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

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

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

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

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

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>A</b> | Anote "1" para <b>usted mismo</b> si nadie más le puede reclamar como dependiente . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>A</b> _____ |
| <b>B</b> | Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted es soltero y tiene sólo un empleo; o</li> <li>• Usted es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o</li> <li>• 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.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>B</b> _____ |
| <b>C</b> | 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.) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>C</b> _____ |
| <b>D</b> | Anote el número de <b>dependientes</b> (que no sean su cónyuge o usted mismo) que usted reclamará en su declaración de impuestos. . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>D</b> _____ |
| <b>E</b> | Anote "1" si usted presentará como <b>cabeza de familia</b> en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo <b>Cabeza de familia</b> , arriba) . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>E</b> _____ |
| <b>F</b> | Anote "1" si usted tiene por lo menos \$1,500 en <b>gastos del cuidado de hijos o dependientes</b> por los cuales usted piensa reclamar un crédito . . . . .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>F</b> _____ |
| <b>G</b> | <b>Crédito tributario por hijos</b> (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. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su ingreso total será menor de \$57,000 (\$85,000 si es casado), anote "2" para cada hijo(a) elegible.</li> <li>• 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" <b>adicional</b> si usted tiene cuatro o más hijos elegibles.</li> </ul> | <b>G</b> _____ |
| <b>H</b> | Suma las líneas desde la <b>A</b> hasta la <b>G</b> , inclusive, y anote el total aquí. ( <b>Aviso:</b> Esto pudiera ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>H</b> _____ |

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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Forma W-4(SP) Certificado de Exención de la Retención del Empleado</b><br>Department of the Treasury Internal Revenue Service                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                      | OMB No. 1545-0074<br><b>2007</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. <b>Pedro Robles Rosa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      | 2 Su número de seguro social <b>584 65 25 46</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Dirección (número de casa y calle o ruta rural)<br><b>1120 1/2 4th Ave Apt 5</b><br>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)<br><b>Washington DC 20005-5618</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                      | 3 <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero<br><b>Nota:</b> Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es un extranjero no residente, marque el encasillado para "Soltero". |
| 4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de seguro social, marque este encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 para una nueva tarjeta. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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 . . . . . | 5 <b>5</b><br>6 \$                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7 Yo reclamo la exención de la retención para el 2007 y certifico que cumplo con <b>ambas</b> de las siguientes condiciones para la exención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El año pasado tuve derecho a un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque yo <b>no</b> tenía ninguna obligación tributaria y</li> <li>• Este año yo tengo previsto un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el <b>no</b> tener una obligación tributaria.</li> </ul> Si usted cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí . . . . . <b>7</b> |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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<br>(La forma no es válida a menos que usted la firme.) <b>Pedro Robles Rosa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      | Fecha <b>3-7-08</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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)<br>10 Número de identificación del empleador o patrono (EIN)                                                                                                                                                                                                                |