

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)	↓	↓
Ramos Soto, Reynaldo					
ESG New Hire Application	2/4 AD	AD	CMG New Hire Application		
ESG Emergency Contact Info	2/4	2/11	CMG Emergency Contact Info		
Employment Eligibility - I-9- 2 forms of ID - copies			Employment Eligibility - I-9 2 forms of ID - copies		
(1) ID	2/4		(1)		
(2) SS card	2/4		(2)		
W-4	2/4		W-4		
ESG BACKGROUND RELEASE FORM	2/4		CMG BACKGROUND RELEASE FORM		
CMG Time	2/4		E-VERIFY		
			CMG HANDBOOK-date reviewed and distributed with new employee		
Additional information:	Starts 2/11/08		EMPLOYEE CONFIDENTIALITY AGREEMENT		

CMG CORPORATE FAX NUMBER: 303-736-7767

Feb 11/08
Bussu Safe
Day



EMPLOYEE INFORMATION SHEET

STRICTLY CONFIDENTIAL

LAST NAME: Ramos Soto
Apellido Nombre

FIRST NAME: Reynaldo MIDDLE INITIAL: _____
Primero Nombre Segunda Inicial

ADDRESS: 1538 N Spring Av Lot #78
Direccion

CITY: WORTHINGTON STATE: MA ZIP: 56187
Ciudad Estado Zona Postal

HOME PHONE #: (507) 727-7648 CELL PHONE #: 507 370 2338
Teléfono Celular teléfono

DATE OF BIRTH: 9-1-81
Fecha de Nacimiento

SOCIAL SECURITY NUMBER: 581-85-5026
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) _____
origen étnia

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME: Elvin Ortiz
Nombre

PHONE #: (507) 727 0913
Teléfono

FOR CMG USE ONLY:

HIRE DATE: 2/4/08 START DATE: 2/11/08

TERM DATE: _____ SALARY (Hourly): 10

SHIFT: 1-DAY 2-NIGHT 3-OVERNIGHT

1-DAY BUSSE 2-NIGHT BUSSE

DEPARTMENT: _____

SUPERVISOR: _____

BADGE #: _____

PRIMARY LANGUAGE: _____

WORKERS COMP CODE: _____

EMPLOYMENT STATUS

Agency Referral _____ CMG Recruit ☒

CMG Rollover Date: _____

Client Rollover Date: _____

Revised: Sept. 2007



**Employer
Solutions
Staffing
Group LLC**

Solicitud

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

Información personal—

Apellido Ramos Soto Primer nombre Reynaldo

Segundo nombre _____

Dirección (número de casa y calle) 1538 USPRING AV LOT #78

Cuidad/estado/código postal— WORTHINGTON MN 56187

Tfno. de la casa 507 727 0913 Tfno. para recados 507-370 2332

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.

Reynaldo Ramos Sotos
Nombre (en letra de imprenta o a
máquina)

REYNALDO RAMOS Soto
Firma del solicitante

2-4-08
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 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), 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 _____ 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
Su derecho a reclamar un cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a examen por el IRS. Su empleador o patrono quizás debiera enviar una copia de esta forma al IRS.		
1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. <u>Reynaldo</u>	Apellido <u>Ramos Soto</u>	2 Su número de seguro social <u>581 185 5026</u>
Dirección (número de casa y calle o ruta rural) <u>1538 W SPRING AV LOT #78</u> Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) <u>WORTHINGTON MA 56187</u>		3 ☐ Soltero ☒ Casado ☐ Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero. Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es un extranjero no residente, marque el encasillado para "Soltero".
5 Número total de exenciones que reclama usted (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que aplica en la página 2). <u>4</u>		6 Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiera que le retengan de su cheque de pago. <u>\$</u>
7 Yo reclamo la exención de la retención para el 2007 y certifico que cumplo con ambas de las siguientes condiciones para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque yo no tenía ninguna obligación tributaria y. • Este año yo tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria. Si usted cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí. <u>7</u>		
Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi mejor saber y entender, es verdadero, correcto y completo.		
Firma del empleado (La forma no es válida a menos que usted la firme.) <u>REYNALDO RAMOS SOTO</u>		Fecha <u>2-4-08</u>
8 Nombre y dirección del empleador o patrono: (Empleador o patrono: Llène las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS.)	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador o patrono (EIN)

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

LISTA A Documentos que Establecen Ambas la Identidad y Elegibilidad Para Trabajar	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	LISTA C Documentos que Establecen la Elegibilidad para el Empleo
1. Pasaporte Estadounidense (vigente o vencido)	1. Licencia de conducir o Tarjeta de Identificación (ID) emitida por el estado o territorio de los Estados Unidos si contienen fotografía o el nombre, fecha de nacimiento, género, altura, color de ojos y dirección	1. Tarjeta de Seguro Social de los Estados Unidos emitida por la Administración de Seguro Social (con excepción de una tarjeta que indique que no se encuentra apto(a) para trabajar)
2. Tarjeta de Residencia Permanente o Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551)	2. Tarjeta de Identificación (ID) emitida por agencias o entidades del gobierno federal, estatal o local o si contiene una fotografía o información tal como el nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección	2. Partida de nacimiento en el extranjero emitida por el Departamento de Estado (Formulario FS-545 o Formulario DS-1350)
3. Pasaporte extranjero vigente con un timbre temporal I-551	3. Identificación estudiantil con fotografía	3. Una copia original o certificada de la partida de nacimiento emitida por el estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial
4. Tarjeta de Autorización de Empleo vigente con fotografía (Formulario I-766, I-688, I-688A, I-688B)	4. Tarjeta de registro de votante 5. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar	4. Documento tribal de Nativo-Americano 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. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)
	7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera Estadounidense	
	8. Documento tribal de Nativo-Americano	
	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 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>Ramos Soto</u>	First <u>Reynaldo</u>	Middle Initial	Maiden Name
Address (Street Name and Number) <u>1538 N SPRING AV LOT #784</u>		Apt. #	Date of Birth (month/day/year) <u>9-1-81</u>
City <u>WORTHINGTON</u>	State <u>MA</u>	Zip Code <u>56122</u>	Social Security # <u>581-85-5026</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
REYNALDO RAMOS Soto

Date (month/day/year)
2-4-08

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>Missouri</u>		<u>US Govt</u>
Document #: _____		<u>08206003011</u>		<u>581-85-5026</u>
Expiration Date (if any): _____		<u>9-1-2014</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) 2/4/08 and that to the best of my knowledge the employee is eligible to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment.)

Signature of Employer or Authorized Representative <u>[Signature]</u>	Print Name <u>Ashley Postma</u>	Title <u>Admin Assistant</u>
Business or Organization Name and Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code) <u>ESSG 7300 Metro Blvd U35 Edina MN 55439</u>		Date (month/day/year) <u>2/4/08</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)
--	-----------------------

MISSOURI
NONDRIVER LICENSE

Class
ND

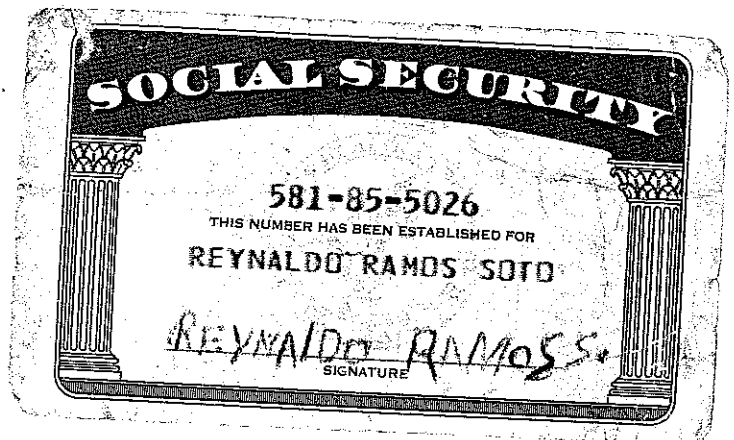
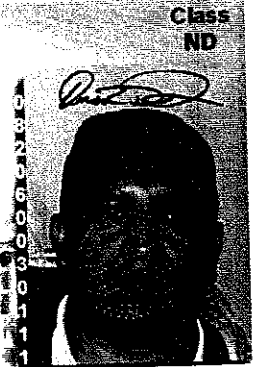
License Number U206003026

RAMOS SOTO
REYNALDO
305 HARVARD ST
ST JOSEPH, MO 64504

Birthdate 09-01-1981 Expiration Date 09-01-2014

Male 6'00" 150 lbs Brown Eyes
Restrictions Endorsements

REYNALDO RAMOS SOTO



SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

Department of Homeland Security
E-Verify

Report Prepared: 02/04/2008

Page: 1 of 1

Case Verification Number: 2008035103323PE

Initial Verification:

Last Name:	Ramossoto	First Name:	Reynaldo
Middle Initial:		Maiden Name:	
Social Security Number:	581-85-5026	Date of Birth:	09/01/1981
Hire Date:	02/04/2008	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:	SEVA4775	Initiated On:	02/04/2008

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 By: Resolved On:

SENSITIVE BUT UNCLASSIFIED

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

Su Nombre: Reynaldo Ramos Soto

Dirección: 1538 W SPRING AV LOT #78 INORTHERTON MD 20618

Teléfono de la casa: 507 727-0913

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

1. Nombre: Elvin Ortiz

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): 507 727 0913

2. Nombre: Heyrq. Vargas

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (casa): 507 727 1640

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	Social Security #	Birthdate
Ramos Soto Reynaldo				581 85 5026	9 1 81
Minnesota Driver's License Number				Date Signed	
U-206 003026					
				2-4-08	

REYNALDO RAMOS SOTO
Signature



STATEMENT OF CONFIDENTIALITY

This agreement made this 4 day of Feb, 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.

REYNALDO RAMOS Soto
Employee 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.

REYNALDO RAMOS Soto
Individual's Name

2-24-08
Date

SIGN THIS VERSION OF CONSENT—SAME AS PAGE 6

Translator-370-1993

SUZLON ROTOR CORP.
APPLICATION FOR EMPLOYMENT



We are an equal opportunity employer, dedicated to a policy of nondiscrimination in employment 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 <i>Ramos Soto</i>	First <i>Reynaldo</i>	Middle Initial
Street/PO Box	City	State ZIP Code

Permanent Address

1538 N SPRING AV LOT#78 WORTHINGTON MN 56187

Telephone Number

507. 727 1640

Message Telephone Number

507-727 0913

Are you 18 years or older? ☒ YES ☐ NO

Social Security Number *581 - 85 - 8026*

Position Applying For

Open

Date You Can Start

Immediatamake

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

1 year Elementary

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?	Branch	Dates of Service
YES ☐ NO ☒		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 Origin ☒ 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.

ENTERED *AP 1/8*

Interview Questions:

Wharfedale

Nothing.

1. Need work
2. Work fast
3. Punishment

Greatest strength:

strength and weakness?
Hend awerley Did not understand the question.
with benefit you as an employee?

1 yr.

i. Describe some recent work which required you to take accurate measurements. How important was accuracy in measurement to effectively completing this work?

Meat product. 70 lbs.

pdate: 1/21/2008