



New Hire Employee Checklist (Spanish Version)

Employee Name _____

Employee # _____

Date of Hire _____

- ID's
- PAN
- W-4
- State Specific Forms
- I-9
- Paycard
- Payroll Deduction For Uniforms
- Direct Deposit
- Background Check
- Kronos Proxy Card
- Pay Policy
- Employee Application
- Affirmative Action
- Handbook Acknowledgment
- Health Insurance Coverage Forms

New Hire File Audit Completed By: _____ Hiring Manager (Please Print)

Contact (Cell): _____

Date: _____



Impact Labor, LLC
Personal Action Notice (PAN)

Social Security # _____
Employee ID _____
Accounting Code _____
First Day Worked _____

- New Hire
- Position Change
- Rehire
- Data Change
- Transfer
- Other _____

Personal Information (Required)		
Last Name:	First Name:	MI:
Mailing Address:		Apt/Lot #:
City:	State:	Zip:
Phone Number:	Date of Birth:	

Pay Information	
Primary Kronos Job: _____	Proxy Card Number: _____
Choose ONE Option Below:	
Option 1: <input type="checkbox"/> Straight Hourly: \$ _____	Option 2: <input type="checkbox"/> Hourly + Bonus

Transfer		
To _____	From _____	Effective Date: ____/____/____

Filled Out By (Please Print): _____

Signature: _____ Date: _____

Formulario W-4(SP) (2017)

Propósito. Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2017 vence el 15 de febrero de 2018. Vea la Publicación 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si el total de sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Excepciones. Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
 - Está ciego o
 - Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos.
- Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos 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. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. 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**, a continuación. Vea la Publicación 505 para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, en

inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Para detalles, vea la Publicación 505.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones complementarias para el Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de llenar este formulario.

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Publicación 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2017. Vea la Publicación 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/formw4sp.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

A Anote "1" para **usted mismo** si nadie más lo puede reclamar como dependiente **A** _____

B Anote "1" si:
 { • Es soltero y tiene sólo un empleo; o
 • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o
 • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. } **B** _____

C Anote "1" para su **cónyuge**. Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja) **C** _____

D Anote el número de **dependientes** (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos **D** _____

E Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como **cabeza de familia** (vea las condiciones bajo **Cabeza de familia**, anteriormente) **E** _____

F Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en **gastos de cuidado de hijos o dependientes** por los cuales piensa reclamar un crédito **F** _____

(**Nota:** No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Publicación 503, *Child and Dependent Care Expenses* (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para detalles).

G **Crédito tributario por hijos** (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información.
 • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces **menos** "1" si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o **menos** "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos.
 • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos **G** _____

H Sume las líneas **A** a **G**, inclusive, y anote el total aquí. (**Nota:** Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos) **H** _____

Para que sea lo más exacto posible, **complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.**
 { • Si piensa **detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos** y desea reducir su impuesto retenido, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**, en la página 2.
 • Si es **soltero y tiene más de un empleo** o es **casado y usted y su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
 • Si **ninguna** de las condiciones anteriores le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea **H**.

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

Formulario W-4(SP)		Certificado de Exención de Retenciones del Empleado		OMB No. 1545-0074	
Department of the Treasury Internal Revenue Service		▶ Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.		2017	
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido		2 Su número de Seguro Social	
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".			
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ▶ <input type="checkbox"/>			
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)				5	
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago				6 \$	
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí ▶				7	
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.					
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶		Fecha ▶			
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional)		10 Número de identificación del empleador (EIN)	
Impact Labor, LLC 7980 N Brother Blvd Memphis, TN 38133				27-0919057	

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2017. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2017, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$313,800 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$287,650 si es cabeza de familia; \$261,500 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$156,900 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Publicación 505, para detalles **1** \$ _____
- 2 Anote:

}	\$12,700 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos
	\$9,350 si es cabeza de familia
	\$6,350 si es soltero o casado que presenta la declaración por separado

 **2** \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" **3** \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2017 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Publicación 505) **4** \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2017 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Publicación 505, en inglés) **5** \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2017 (por ejemplo, dividendos o intereses) **6** \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" **7** \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción **8** _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 **9** _____
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) **10** _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea **Dos asalariados o múltiples empleos**, en la página 1).

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) **1** _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" **2** _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo **3** _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo **4** _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo **5** _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 **6** _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí **7** \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener **8** \$ _____
 - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2017. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2017. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago **9** \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
7,001 - 14,000	1	8,001 - 16,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 22,000	2	16,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
22,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 y más	1,600
35,001 - 44,000	5	44,001 - 70,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	70,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 95,000	10	140,001 y más	10				
95,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.
Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuestos federales sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (territorios) estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para que la incluya en el *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen

que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.
Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.
El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.
Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.



1511004011

STATE OF GEORGIA EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

1a. YOUR FULL NAME 1b. YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER
2a. HOME ADDRESS (Number, Street, or Rural Route) 2b. CITY, STATE AND ZIP CODE

PLEASE READ INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE BEFORE COMPLETING LINES 3 - 8

3. MARITAL STATUS

(If you do not wish to claim an allowance, enter "0" in the brackets beside your marital status.)

- A. Single: Enter 0 or 1
B. Married Filing Joint, both spouses working: Enter 0 or 1
C. Married Filing Joint, one spouse working: Enter 0 or 1 or 2
D. Married Filing Separate: Enter 0 or 1
E. Head of Household: Enter 0 or 1

4. DEPENDENT ALLOWANCES []

5. ADDITIONAL ALLOWANCES [] (worksheet below must be completed)

6. ADDITIONAL WITHHOLDING \$ _____

WORKSHEET FOR CALCULATING ADDITIONAL ALLOWANCES (Must be completed in order to enter an amount on step 5)

1. COMPLETE THIS LINE ONLY IF USING STANDARD DEDUCTION: Yourself: [] Age 65 or over [] Blind Spouse: [] Age 65 or over [] Blind Number of boxes checked _____ x 1300.....\$ _____
2. ADDITIONAL ALLOWANCES FOR DEDUCTIONS: A. Federal Estimated Itemized Deductions.....\$ _____ B. Georgia Standard Deduction (enter one): Single/Head of Household \$2,300 Each Spouse \$1,500 \$ _____
C. Subtract Line B from Line A.....\$ _____
D. Allowable Deductions to Federal Adjusted Gross Income\$ _____
E. Add the Amounts on Lines 1, 2C, and 2D\$ _____
F. Estimate of Taxable Income not Subject to Withholding\$ _____
G. Subtract Line F from Line E (if zero or less, stop here).....\$ _____
H. Divide the Amount on Line G by \$3,000. Enter total here and on Line 5 above
(This is the maximum number of additional allowances you can claim. If the remainder is over \$1,500 round up)

7. LETTER USED (Marital Status A, B, C, D, or E) _____ TOTAL ALLOWANCES (Total of Lines 3 - 5) _____ (Employer: The letter indicates the tax tables in Employer's Tax Guide)

8. EXEMPT: (Do not complete Lines 3 - 7 if claiming exempt) Read the Line 8 instructions on page 2 before completing this section.

- a) I claim exemption from withholding because I incurred no Georgia income tax liability last year and I do not expect to have a Georgia income tax liability this year. Check here []
b) I certify that I am not subject to Georgia withholding because I meet the conditions set forth under the Servicemembers Civil Relief Act as amended by the Military Spouses Residency Relief Act as provided on page 2. My state of residence is _____. My spouse's (servicemember) state of residence is _____. The states of residence must be the same to be exempt. Check here []

I certify under penalty of perjury that I am entitled to the number of withholding allowances or the exemption from withholding status claimed on this Form G-4. Also, I authorize my employer to deduct per pay period the additional amount listed above.

Employee's Signature _____ Date _____

Employer: Complete Line 9 and mail entire form only if the employee claims over 14 allowances or exempt from withholding. If necessary, mail form to: Georgia Department of Revenue, Withholding Tax Unit, P.O. Box 49432, Atlanta, GA 30359.

9. EMPLOYER'S NAME AND ADDRESS: EMPLOYER'S FEIN: _____

EMPLOYER'S WH#: _____

Do not accept forms claiming additional allowances unless the worksheet has been completed. Do not accept forms claiming exempt if numbers are written on Lines 3 - 7.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING FORM G-4

Enter your full name, address and social security number in boxes 1a through 2b.

Line 3: Write the number of allowances you are claiming in the brackets beside your marital status.

- A. Single – enter 1 if you are claiming yourself
- B. Married Filing Joint, both spouses working – enter 1 if you claim yourself
- C. Married Filing Joint, one spouse working – enter 1 if you claim yourself or 2 if you claim yourself and your spouse
- D. Married Filing Separate – enter 1 if you claim yourself
- E. Head of Household – enter 1 if you claim yourself

Line 4: Enter the number of dependent allowances you are entitled to claim.

Line 5: Complete the worksheet on Form G-4 if you claim additional allowances. Enter the number on Line H here.

Failure to complete and submit the worksheet will result in automatic denial on your claim.

Line 6: Enter a specific dollar amount that you authorize your employer to withhold in addition to the tax withheld based on your marital status and number of allowances.

Line 7: Enter the letter of your marital status from Line 3. Enter total of the numbers on Lines 3-5.

Line 8:

- a) Check the first box if you qualify to claim exempt from withholding. You can claim exempt if you filed a Georgia income tax return last year and the amount of Line 4 of Form 500EZ or Line 16 of Form 500 was zero, **and** you expect to file a Georgia tax return this year and will not have a tax liability. You can not claim exempt if you did not file a Georgia income tax return for the previous tax year. **Receiving a refund in the previous tax year does not qualify you to claim exempt.**

EXAMPLES: Your employer withheld \$500 of Georgia income tax from your wages. The amount on Line 4 of Form 500EZ (or Line 16 of Form 500) was \$100. Your tax liability is the amount on Line 4 (or Line 16); therefore, you **do not qualify** to claim exempt.

Your employer withheld \$500 of Georgia income tax from your wages. The amount on Line 4 of Form 500EZ (or Line 16 of Form 500) was \$0 (zero). Your tax liability is the amount on Line 4 (or Line 16) and you filed a prior year income tax return; therefore you **qualify** to claim exempt.

- b) Check the second box if you are not subject to Georgia withholding and meet the conditions set forth under the Servicemembers Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act. Under the Act, a spouse of a servicemember may be exempt from Georgia income tax on income from services performed in Georgia if:
 - 1. The servicemember is present in Georgia in compliance with military orders;
 - 2. The spouse is in Georgia solely to be with the servicemember;
 - 3. The spouse maintains domicile in another state; and
 - 4. The domicile of the spouse is the same as the domicile of the servicemember.

Additional information for employers regarding the Military Spouses Residency Relief Act:

- 1. On the W-2 for 2010 and any year thereafter, the employer should not report any of the wages as Georgia wages on the W-2.
- 2. If the spouse of a servicemember is entitled to the protection of the Military Spouses Residency Relief Act in another state and files a withholding exemption form in such other state, the spouse is required to submit a Georgia Form G-4 so that withholding will occur as is required by Georgia Law when a Georgia domiciliary works in another state and withholding is not required by such other state. If the spouse does not fill out the form, the employer shall withhold Georgia income tax as if the spouse is single with zero allowances.

Worksheet for calculating additional allowances. Enter the information as requested by each line. For Line 2D, enter items such as Retirement Income Exclusion, U.S. Obligations, and other allowable deductions per Georgia Law, see the IT-511 booklet for more information.

Do not complete Lines 3-7 if claiming exempt.

O.C.G.A. § 48-7-102 requires you to complete and submit Form G-4 to your employer in order to have tax withheld from your wages. By correctly completing this form, you can adjust the amount of tax withheld to meet your tax liability. Failure to submit a properly completed Form G-4 will result in your employer withholding tax as though you are single with zero allowances.

Employers are required to mail any Form G-4 claiming more than 14 allowances or exempt from withholding to the Georgia Department of Revenue for approval. Employers will honor the properly completed form as submitted pending notification from the Withholding Tax Unit. Upon approval, such forms remain in effect until changed or until February 15 of the following year. Employers who know that a G-4 is erroneous should not honor the form and should withhold as if the employee is single claiming zero allowances until a corrected form has been received.



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 08/31/2019

▶ **START HERE:** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number □□□□ - □□ - □□□□		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number	

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 boxes):

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space </div>	

Signature of Employee	Today's Date (mm/dd/yyyy)
-----------------------	---------------------------

Preparer and/or Translator Certification (check one):
 I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Today's Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	
Address (Street Number and Name)		City or Town	State ZIP Code



Employer Completes Next Page





Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 08/31/2019

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ **(See instructions for exemptions)**

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name Impact Labor LLC	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) 7980 N Brother Blvd		City or Town Memphis	State TN	ZIP Code 38133

Section 3. Reverification and Rehires *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)	

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized 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	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Examples of many of these documents appear in Part 13 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.



Employee ID Number

Matricula para la Tarjeta TransCard Prepaid MasterCard Form

Por este medio autorizo a Impact Labor, LLC para depositar mi pago de salario a la cuenta de la tarjeta de cuenta TransCard Prepaid MasterCard y acreditar o debitar a mi cuenta la cantidad necesaria para poner la cantidad neta mi cuenta. También autorizo a TransCard para debitar o acreditar a mi cuenta transacciones iniciadas por Impact Labor, LLC. Su tarjeta inicial se prestará de forma gratuita. Si acaso tuvieras que reemplazar su tarjeta, \$10.00 serán deducid de su cheque por tarjeta.

Debe ser completado por el Empleado

Nombre		
Dirección		Apt #
Ciudad	Estado	Codigo
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento

Por este medio reconozco recibo de la abajo mencionada Tarjeta TransCard Prepaid MasterCard para el desembolso de mi salario, el Acuerdo y Revelación del Tarjeta habiente y las instrucciones.

Firma del Empleado	Fecha
--------------------	-------

Debe ser completado por el Empleador

Numero de Tarjeta (Escribir Claramente)	Fecha
---	-------



Employee ID Number

**PAYROLL DEDUCTION
AUTHORIZATION AGREEMENT
FOR UNIFORMS (t-shirts)**

I, _____, at _____,
Print Name Accounting Code or Location

authorize Impact Labor, LLC to deduct the cost of my uniforms (t-shirts)

from my paycheck.

These deductions are being withheld for the following reason: required uniforms.

t-shirt(s) _____ x \$5.00 = _____.
Number of shirts Total withheld

Important Please circle size - Small Medium Large XL 2XL 3XL

By signing this Payroll Deduction Authorization Agreement, I authorize Impact Labor, LLC to withhold out of my regular earnings the amount specified above for the reason stated above. Once the deduction has been taken from your pay, the shirts will be shipped to your work location and handed out to you by your manager.

Employee Signature

Date



Employee ID Number

Autorización para Deposito Directo de Pago

Por este medio autorizo a Impact Labor, LLC para iniciar el Deposito Directo de mi pago para acreditar o debitar de mi cuenta lo que sea necesario para que en mi cuenta se deposite la cantidad neta correcta de mi pago, así como se indica abajo. También autorizo al depositario nombrado en el cheque adjunto o la hoja de deposito de ahorros pre-imprimida para debitar o acreditar a mi cuenta las transacciones iniciadas por Impact Labor, LLC.

Esta autoridad deberá de permanecer en vigencia y efecto hasta que Impact Labor, LLC reciba nota escrita de mi parte en cuanto a una terminación y de esta manera permitir a Impact Labor, LLC una oportunidad razonable para actuar de acuerdo.

Nombre Completo _____

Numero de Seguro Social _____

Firma _____ Fecha _____

ESTA AUTORIZACION NO ES VALIDA A MENOS QUE SEA ACOMPAÑADA DE LOS SIGUIENTES:

- 1) UN CHEQUE NULO DE LA CUENTA DE AHORROS.**
- 2) UNA HOJA DE DEPOSITO DE SU CUENTA DE AHORRO O DE CHEQUES PRE-IMPRIMIDA DEPENDIENDO DE LA CUENTA QUE USTED DECIDA RECIBIR EL DEPOSITO DIRECTO.**

FOTOCOPIAS DE CHEQUES O TICKETS DE DEPOSITO NO SON ACEPTABLES.

Por favor engrape el cheque o la hoja de depósito pre-imprimida de ahorro de su cuenta (la cuenta que usted desee que se le deposite el dinero) a esta forma debajo de la línea y envíe de regreso a la dirección indicada abajo:

Impact Labor, LLC
7980 N Brother Blvd
Memphis, TN 38133

(ENGRAPE EL CHEUQE AQUI)



Employee ID Number

AVISO SOBRE INVESTIGACIÓN ANTECEDENTES
[IMPORTANTE– POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA]

Impact Labor, LLC (“la Compañía”) puede obtener información sobre usted de una agencia de información con fines de empleo. Por lo tanto, es posible que sea objeto de un " informe del consumidor " y / o un " informe de investigación " que puede incluir información acerca de su carácter, reputación general, características personales, y / o modo de vida, y que puede incluir entrevistas personales con fuentes, como sus vecinos, amigos o asociados. Estos informes se pueden obtener en cualquier momento después de recibir su autorización y, si usted es empleado, a través de su empleo. Usted tiene derecho, previa solicitud por escrito hecha dentro de un tiempo razonable después de la recepción de esta notificación, a la divulgación petición de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación obtenidos con respecto a los solicitantes de empleo es una investigación sobre su educación y / o historial de empleo llevada a cabo por Data Facts, P.O. Box 4276 Cordova, TN 38088, Phone: (800) 264-4110, Fax: (901) 685-7351 o otra organización externa. El alcance de esta notificación y autorización es que todo lo abarca, sin embargo, lo que permite empleador para obtener de ninguna organización externa toda clase de informes de los consumidores y los informes de investigación del consumidor ahora, y si usted es empleado, en todo el curso de su empleo en la medida permitida por la ley. Como resultado, usted debe considerar cuidadosamente si ha de ejercer su derecho a solicitar la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación.

Solicitantes o empleados de New York solamente: Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de cualquier informe de investigación solicitada por el empleador en contacto con la agencia de información identificada arriba directamente.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Atribuyo recibo del AVISO SOBRE INVESTIGACIÓN ANTECEDENTES y un resumen de sus derechos bajo la ACTA DE CREDITO JUSTO y certifico que he leído y entendido estos dos documentos. Por la presente autorizo a la obtención de los " informes del consumidor " y / o "informes de investigación del consumidor " en cualquier momento después de la recepción de esta autorización y, si soy contratado, a través de mi empleo. Con este fin, la presente autorizo , sin reservas, a cualquier agencia del orden público, administrador, agencia estatal o federal, institución, escuela o universidad (pública o privada), oficina de servicios de información, empleador o compañía de seguros que faciliten informaciones cualquiera y todos los antecedentes solicitado por Data Facts, Otra organización externa que actúa en nombre del empleador, y / o el propio empleador. Estoy de acuerdo que un facsímil (fax) o copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Solicitantes o empleados de Minnesota y Oklahoma solamente: Por favor marque esta casilla si desea recibir una copia de un informe del consumidor si uno se obtiene por la Compañía.

Solicitantes o empleados de California solamente: Al firmar a continuación, también se acusa recibo del AVISO SOBRE EL FONDO DE INVESTIGACIÓN DE ACUERDO CON LA LEY DE CALIFORNIA. Por favor marque esta casilla si desea recibir una copia de un informe de consumo o crédito al consumo informe de investigación si uno es obtenido por la Compañía sin cargo siempre que tenga derecho a recibir una copia tales en virtud de la ley de California.

Nombre _____

Por Favor Imprimir

Número de seguridad social _____ Fecha de Nacimiento** _____

Dirección actual _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de carnet de conducir _____ Estado _____

Firma _____ Fecha _____

** Se solicita la fecha de nacimiento con el fin de obtener la recuperación exacta de los registros.



Employee ID Number

PARA: Todo empleados de Impact Labor, LLC
DE: Oficinas Corporales De Impact Labor, LLC
RE: Reconocimiento de la Tarjeta de Poderes de Kronos
FECHA: 10 de Enero 2013

En el curso de su empleo con Impact Labor, LLC, sera proporcionará una tarjeta de proximidad (Proxy) para ser utilizado para la grabación automática de tiempo y asistencia. Con la asignación de esta tarjeta vienen las expectativas; incluyendo, pero no limitado a lo siguiente:

En el curso de su empleo con Impact Labor LLC, será proporcionado una proximidad (los Poderes) tarjeta para ser utilizada para la grabación automatizada de tiempo y asistencia. Con la tarea de esta tarjeta viene esperanzas; incluyendo, pero no limitado a lo siguiente:

1. Comprendo y reconozco que soy responsable de utilizar mi tarjeta asignada para la entrada diaria de tiempo y actividades en el sistema automatizado. Comprendo y reconozco que estoy al reloj en antes de realizar cualquier trabajo o los deberes trabajo-relacionados. Comprendo y reconozco que soy de no realizar ningún trabajo ni los deberes trabajo-relacionados después de que haya registrado fuera. He sido aconsejado que Impact Labor, LLC no me permite trabajar mientras no registré en para el trabajo.
2. Comprendo y reconozco que soy responsable de la entrada de tiempo y actividades sólo para yo mismo y en ningún TIEMPO soy yo autorizado a entrar tiempo ni actividades para otra persona.
3. La primera tarjeta de Poderes me será proporcionada; si perdido, soy responsable del \$10.00 costo para el reemplazo de la tarjeta.
4. A terminar mi empleo con la Impact Labor, LLC que concuerdo en regresar mi tarjeta asignada de Poderes. Si no regresado, autorizo la Impact Labor, LLC a descontar el \$10.00 costo de la tarjeta de mi paga final.

Firmando este documento, yo reconozco que mi comprensión de su contenido y acepto los términos resumidos arriba. Gracias por escoger Impact Labor, LLC como su empleador; somos cometidos a su bienestar y esperamos un futuro fuerte juntos.

Empleado (signo)

Fecha

CONFIDENTIAL

7980 Brother Blvd
Memphis, TN 38133
Phone/901.377.5298 Fax/901.377.9307
www.impact-logistics.com
Impact, Labor LLC



Employee ID Number

A: Empleados de Impact Labor, LLC
DE: Impact Corporate
RE: Política de Pago
FECHA: April 8, 2013

Como muchos de ustedes conocen, en los últimos meses hemos estado revisando y actualizando nuestro manual del empleado para asegurarse de que nos propiedad comunicarse con cada persona empleada con IMPACT LABOR, LLC. Al hacerlo, también estamos actualizando nuestros talones de pago que reciben semanalmente incluyendo un salario y bonos basados en el rendimiento. Quiero hacerte consciente de que cada período de pago usted estará recibiendo dos documentos: una declaración de ganancias y un talonario de pago.

La declaración de ganancias identificará su salario bruto, deducciones y retenciones, tales como los impuestos federales y estatales y su salario neto ganado.

El talonario de pago identifica detalladamente su trabajo completado durante el período de pago. Identifica específicamente lo siguiente:

1. El nombre y dirección del empleador.
2. La fecha de pago y período de pago.
3. Tarifas por hora de sueldo ganado.
4. Pago total para cada actividad por hora completada.
5. Total a pagar horas adicionales de su trabajo regular.
6. Cálculo de pago de bono.
7. Cálculo de horas adicionales pagada de bono
8. Un informe detallado de cada contenedor cargado/descargado.
9. Ingresos totales durante el período de pago
10. Información de los empleados.

Si tuviera alguna pregunta, por favor no dude en contactar a su Supervisor o Director, quien se dirigirá a cualquier duda que pueda surgir. Quiero darle las gracias por su trabajo y compromiso a IMPACT LABOR, LLC; eres muy apreciado y juntos tendremos un futuro sólido.

Empleado (Firma)

Fecha

CONFIDENTIAL

7980 N. Brother Blvd
Memphis, TN 38133
Phone/901.377.5298
Fax/901.377.9307
www.impact-logistics.com
Impact Labor, LLC



Un Empleador para Oportunidades Iguales

Aplicación para Empleo

Porfavor proporcione informacion completa de lo que se pide

Fecha en que se Completó la Aplicación: _____ Localidad a la Cual Aplicó: _____

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Numero del Seguro Social
Direccion de Calle		Numero Telefónico ()	
Ciudad, Estado, Codigo ZIP			
Contacto de Emergencia:	Entiende los requisitos de la Posición a la cual a plicado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Numero Telefónico de Emergencia: ()	Puede usted realizar los requerimientos fisicos con o sin acomodación razonable? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Usted trabajaria tiempo extra si fuera necesario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Posición para la cual ha Aplicado:	Salario esperado:		

Solo aquellos Ciudadanos de los EUA o extranjeros que posean el derecho legal para trabajar dentro de los EUA son elegibles para el empleo. Podrá usted, al momento de ser empleado, proveer documentación verificando que posee el derecho legal para trabajar dentro de los EUA y tambien proveer su identidad? Si No

Nombre y localidad de las Escuelas que ha atendido	Graduado (Si/No)	Tipo de Titulo Otorgado	Area de Concentracion de Estudio
Secudaria			
Universidad			
Otro			

Si usted no se graduó de la Secundaria, cicule el ultimo año de escuela que completó.

5 6 7 8 9 10 11

Mencione cualquier otra educación, cerificaciones, u otras habilidades comerciales que usted posea que se relacionen con el trabajo. _____

Tiene 18 años o más? Si No

Un record criminal no lo descalificará necesariamente en la consideracion para empleo. Ha sido alguna vez condenado de algún acto criminal, aparte de violaciones de tráfico? Si No Si ha sido condenando, entonces mencione todas las condenas y sus fechas:

Historial de Empleo

Porfavor provea de manera precise, su historial de empleo de tiempo complete o parcial de sus últimas cuatro posiciones. Empiece con su empleador mas reciente.

Nombre de la Primera Compañia	Teléfono ()
Dirrección	Empleado desde hasta
Nombre de su Supervisor	Salario Inicial Salario Final
Su Título	Razón por la cual dejó el trabajo

Nombre de la Segunda Compañia	Teléfono ()
Dirrección	Empleado desde hasta
Nombre de su Supervisor	Starting Pay Ending Pay
Su Título	Razón por la cual dejó el trabajo

Nombre de la Tercer Compañia	Teléfono ()
Dirrección	Empleado desde hasta
Nombre de su Supervisor	Starting Pay Ending Pay
Su Título	Razón por la cual dejó el trabajo

Nombre de la Cuarta Compañia	Teléfono ()
Dirrección	Empleado desde hasta
Nombre de su Supervisor	Starting Pay Ending Pay
Su Título	Razón por la cual dejó el trabajo

**IMPORTANTE-LEALO CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR
IMPORTANT-READ CAREFULLY BEFORE SIGNING**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud de empleo es cierta, correcta y completa. Si empleado, cualquier declaración errónea u omisión de hechos materiales en esta aplicación resultará en mi despido inmediato. Entiendo y acepto que el hecho de que Impact Labor, LLC tiene o no ha hecho una investigación o el hecho de que he realizado mi trabajo satisfactoriamente durante cualquier período de tiempo antes de esta terminación, no constituirá una renuncia, abandono o barra de la derecha de Impact Labor, LLC para tomar tales medidas disciplinarias. Autorizo a todas las personas, escuelas, empresas, corporaciones, burós de crédito, o cualquier otra parte a revelar información sobre mis antecedentes que pueden incluir, pero no limitado a, criminal, tarjetas de crédito, registros de conductor, tan largo como no prohibidas por la ley y las solicitudes están relacionadas con el trabajo.

Además acepto someterse a alcohol y/o drogas cribado pruebas, si así lo solicita, en cualquier momento antes (sólo pantallas de drogas será administrado pre-empleo), o durante mi empleo conforme a la ley aplicable y además entiende y acepta los resultados de dichas pruebas se comunica a Impact Labor, LLC y a mi jefe de área de trabajo. Además, entiendo que nadie, excepto el Presidente de Impact Labor, LLC por escrito, tiene la autoridad para entrar en un acuerdo de empleo conmigo que difiere de la que se describe aquí, y que si debe ser empleado por Impact Labor, LLC es la relación de trabajo "a voluntad" y puede ser terminado por cualquiera de las partes sin causa. Además, entiendo que esta solicitud de empleo se mantendrá "activa" de treinta 30 días desde la fecha de hoy. Si todavía deseo una posición con Impact Labor, LLC, será mi responsabilidad para llenar una nueva solicitud y presentarla con Impact Labor, LLC después de vencido ese plazo.

Firma de Empleado _____ Fecha _____

Affirmative Action

Voluntary Information

It is the policy of this organization to provide equal employment opportunity to all qualified applicants for employment without regard to race, color, religion, national origin, sex, age, veteran status or disability. Various agencies of the government require employers to invite applicants to identify themselves as indicated below.

COMPLETION OF THIS FORM IS VOLUNTARY AND IN NO WAY AFFECTS THE DECISION REGARDING YOUR APPLICATION FOR EMPLOYMENT. THIS FORM IS CONFIDENTIAL AND WILL BE MAINTAINED SEPARATELY FROM YOUR APPLICATION FORM. YOUR COOPERATION IS APPRECIATED.

Please Print

Referral Source

- Walk In Government Employment Agency Private Employment Agency
 Employee Relative School
 Advertisement-Source _____ Other _____

Name of Person who referred you (if applicable) _____

Name: _____	Date: _____
Address: _____	
Telephone Number: _____	
Position Applied For: (List Only One) _____	
<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Please Check One of the Following Equal Employment Opportunity Identification Groups:	
<input type="checkbox"/> White (Not of Hispanic Origin)	
<input type="checkbox"/> Hispanic	
<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	
<input type="checkbox"/> Black (Not of Hispanic Origin)	
<input type="checkbox"/> Asian or Pacific Islander	

For Administrative Use Only

Position(s) Applied For Available Not Available

Other Positions Considered For _____

Hired Yes No

Position Hired For _____ Date of Hire ____/____/____

From the EEO Job Classification Listed Below, Which One Best Describes the Position Filled?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Officials & Managers | <input type="checkbox"/> Sales Workers | <input type="checkbox"/> Operatives (Semi-Skilled) |
| <input type="checkbox"/> Professionals | <input type="checkbox"/> Office & Clerical | <input type="checkbox"/> Laborers (Unskilled) |
| <input type="checkbox"/> Technicians | <input type="checkbox"/> Craft Workers (Skilled) | <input type="checkbox"/> Service Workers |

Completed By: _____ Date: ____/____/____



Employee ID Number

Formulario De Reconocimiento Manual

Reconozco que una copia de este Manual fue puesto a mi disposición en la oficina de Impact local y en el sitio de: <http://www.impact-logistics.com/gaemployeehandbookspanish.pdf>

Entiendo que soy responsable de conocer y cumplir con las políticas establecidas en el Manual durante mi empleo con Impacto. Entiendo que las políticas contenidas en el manual no tienen el propósito de crear derechos u obligaciones contractuales, con la excepción de Impact a voluntad políticas de empleo y de arbitraje. Además, entiendo que Impact se reserva el derecho de modificar, interpretar, modificar o derogar ninguna parte de este manual en cualquier momento. Entiendo y estoy de acuerdo en que si los términos de este reconocimiento son incompatibles con cualquier política o práctica de Impacto ahora o en el futuro, los términos de este Reconocimiento prevalecerán.

Además, entiendo y acepto que mi relación con el impacto es "a voluntad", lo que significa que mi empleo no es por un período definido y puede ser terminado por mí o por impacto en cualquier momento y por cualquier motivo, con o sin causa o aviso previo. También entiendo que impacto puede degradar o disciplinar a mí ni alterar las condiciones de mi empleo en cualquier momento, a su discreción, con o sin causa o aviso previo. Entiendo que ninguna política, declaración, conducta o acción por parte de Impacto o cualquier personal de la empresa puede modificar o anular la naturaleza a voluntad de mi empleo en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia. Entiendo que, en ausencia de un escrito firmado por mí y por el Presidente o Director de Operaciones, que prevé expresamente el empleo por el tiempo especificado, la política no, prácticas, procedimientos, declaraciones o acciones de un individuo o de alterar, modificar o renunciar a la naturaleza a voluntad de trabajo de cualquier manera o en cualquier momento.

Además, entiendo que en caso de producirse un litigio entre el impacto y conmigo con respecto a mi empleo o terminación del empleo, tal disputa será resuelta de conformidad con las disposiciones de arbitraje establecidos en el Acuerdo Mutuo independiente para arbitrar las reclamaciones, y sin un juicio con jurado en el caso de que proseguir con el litigio. Además, entiendo que tanto impacto y renuncia expresamente a cualquier derecho Impacto constitucional o legal o que pueda poseer para tener disputas laborales decididas en un tribunal de justicia o de equidad ante un jurado.

Por último, estoy de acuerdo que esta declaración contiene una exposición completa y exhaustiva de los acuerdos y entendimientos que se recita, y estoy de acuerdo que esta declaración reemplaza todos los acuerdos anteriores, ya sean escritos u orales, expresas o implícitas, en relación con los temas tratados en esta declaración.

Firma de Empleado

Fecha

EMPLOYEE COPY



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 31-1-2017)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Ashley Yarbrow @ (901) 377-5298.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

EMPLOYEE COPY

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Impact Labor, LLC	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 27-0919057	
5. Dirección del empleador 7980 N Brother Blvd	6. Número de teléfono del empleador (901) 377-5298	
7. Ciudad Memphis	8. Estado TN	9. Código postal 38133
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Ashley Yarbro		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) (901) 377-5298	12. Dirección de correo electrónico ayarbro@impact-logistics.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
- Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Full-Time Active Employees
(WORKING AT LEAST 130 HOURS PER MONTH FOR 3 CONSECUTIVE MONTHS.)
Note: There is a 90 day waiting period before health insurance coverage can begin

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

EMPLOYEE COPY

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador a través del mercado. Los empleadores no tienen la obligación de completar esta sección, pero hacerlo ayudará a garantizar que los empleados entienden sus opciones de cobertura.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

Sí. (Continúe).

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? _____ (dd/mm/aaaa). (Continúe).

No. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?

Sí. (Pase a la pregunta 15). No. (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no brindará cobertura médica.

El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa):

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).

EMPLOYER COPY



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 31-1-2017)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Ashley Yarbro @ (901) 377-5298.

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

I have received a copy of this notice.

Employee Signature: _____ Date: _____

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

EMPLOYER COPY

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador Impact Labor, LLC		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 27-0919057	
5. Dirección del empleador 7980 N Brother Blvd		6. Número de teléfono del empleador (901) 377-5298	
7. Ciudad Memphis	8. Estado TN	9. Código postal 38133	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Ashley Yarbro			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) (901) 377-5298		12. Dirección de correo electrónico ayarbro@impact-logistics.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
- Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Full-Time Active Employees
(WORKING AT LEAST 130 HOURS PER MONTH FOR 3 CONSECUTIVE MONTHS.)
Note: There is a 90 day waiting period before health insurance coverage can begin

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

I have received a copy of this notice.

Employee Signature: _____ Date: _____

EMPLOYER COPY

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador a través del mercado. Los empleadores no tienen la obligación de completar esta sección, pero hacerlo ayudará a garantizar que los empleados entienden sus opciones de cobertura.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

Sí. (Continúe).

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? _____ (dd/mm/aaaa). (Continúe).

No. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?

Sí. (Pase a la pregunta 15). No. (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente
 Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no brindará cobertura médica.

El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa): _____

I have received a copy of this notice.

Employee Signature: _____ Date: _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).