



Impact Logistics, Inc.
California

New Hire Employee Checklist (Spanish Version)

Employee Name _____

Employee # _____

Date of Hire _____

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

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

Contact (Cell): _____

Date: _____



Impact Logistics, Inc.

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 \$
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago				
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 Logistics, Inc 7980 N Brother Blvd Memphis, TN 38133			62-1519188	

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: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,350 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,350 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 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.

EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

Type or Print Your Full Name	Your Social Security Number
Home Address (Number and Street or Rural Route)	Filing Status Withholding Allowances
City, State, and ZIP Code	<input type="checkbox"/> SINGLE or MARRIED (with two or more incomes) <input type="checkbox"/> MARRIED (one income) <input type="checkbox"/> HEAD OF HOUSEHOLD

- Number of allowances for Regular Withholding Allowances, Worksheet A _____
 Number of allowances from the Estimated Deductions, Worksheet B _____
 Total Number of Allowances (A + B) when using the California Withholding Schedules for 2015 _____
 OR
- Additional amount of state income tax to be withheld each pay period (if employer agrees), Worksheet C _____
 OR
- I certify under penalty of perjury that I am not subject to California withholding. I meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act. (Check box here)

Under the penalties of perjury, I certify that the number of withholding allowances claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled or, if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status.

Signature _____ Date _____

Employer's Name and Address	California Employer Account Number
-----------------------------	------------------------------------

----- cut here -----

Give the top portion of this page to your employer and keep the remainder for your records.

YOUR CALIFORNIA PERSONAL INCOME TAX MAY BE UNDERWITHHELD IF YOU DO NOT FILE THIS DE 4 FORM.

IF YOU RELY ON THE FEDERAL FORM W-4 FOR YOUR CALIFORNIA WITHHOLDING ALLOWANCES, YOUR CALIFORNIA STATE PERSONAL INCOME TAX MAY BE UNDERWITHHELD AND YOU MAY OWE MONEY AT THE END OF THE YEAR.

PURPOSE: This certificate, DE 4, is for **California Personal Income Tax (PIT) withholding** purposes only. The DE 4 is used to compute the amount of taxes to be withheld from your wages, by your employer, to accurately reflect your state tax withholding obligation.

You should complete this form if either:

- You claim a different marital status, number of regular allowances, or different additional dollar amount to be withheld for California PIT withholding than you claim for federal income tax withholding or,
- You claim additional allowances for estimated deductions.

THIS FORM WILL NOT CHANGE YOUR FEDERAL WITHHOLDING ALLOWANCES.

The federal Form W-4 is applicable for California withholding purposes if you wish to claim the same marital status, number of regular allowances, and/or the same additional dollar amount to be withheld for state and federal purposes. However, federal tax brackets and withholding methods do not reflect state PIT withholding tables. **If you rely on the number of withholding allowances you claim on your Form W-4 withholding allowance**

certificate for your state income tax withholding, you may be significantly underwithheld. This is particularly true if your household income is derived from more than one source.

CHECK YOUR WITHHOLDING: After your Form W-4 and/or DE 4 takes effect, compare the state income tax withheld with your estimated total annual tax. For state withholding, use the worksheets on this form.

EXEMPTION FROM WITHHOLDING: If you wish to claim exempt, complete the federal Form W-4. You may claim exempt from withholding California income tax if you did not owe any federal income tax last year and you do not expect to owe any federal income tax this year. The exemption is good for one year. If you continue to qualify for the exempt filing status, a new Form W-4 designating EXEMPT must be submitted by February 15 each year to continue your exemption. If you are not having federal income tax withheld this year but expect to have a tax liability next year, you are required to give your employer a new Form W-4 by December 1.

EXEMPTION FROM WITHHOLDING (continued): Under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act, you may be exempt from California income tax on your wages if (i) your spouse is a member of the armed forces present in California in compliance with military orders; (ii) you are present in California solely to be with your spouse; and (iii) you maintain your domicile in another state. If you claim exemption under this act, check the box on Line 3. You may be required to provide proof of exemption upon request.

IF YOU NEED MORE DETAILED INFORMATION, SEE THE INSTRUCTIONS THAT CAME WITH YOUR LAST CALIFORNIA INCOME TAX RETURN OR CALL THE FRANCHISE TAX BOARD (FTB).

IF YOU ARE CALLING FROM WITHIN THE UNITED STATES 800-852-5711 (voice)
800-822-6268 (TTY)

IF YOU ARE CALLING FROM OUTSIDE THE UNITED STATES (Not Toll Free) 916-845-6500

The *California Employer's Guide* (DE 44) provides the income tax withholding tables. This publication may be found on the Employment Development Department (EDD) website at www.edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm. To assist you in calculating your tax liability, please visit the Franchise Tax Board website at www.ftb.ca.gov/individuals/index.shtml.

NOTIFICATION: Your employer is required to send a copy of your DE 4 to the FTB if it meets either of the following two conditions:

- You claim more than 10 withholding allowances.
- You claim exemption from state or federal income tax withholding and your employer expects your usual weekly wages to exceed \$200 per week.

IF THE IRS INSTRUCTS YOUR EMPLOYER TO WITHHOLD FEDERAL INCOME TAX BASED ON A CERTAIN WITHHOLDING STATUS, YOUR EMPLOYER IS REQUIRED TO USE THE SAME WITHHOLDING STATUS FOR STATE INCOME TAX WITHHOLDING IF YOUR WITHHOLDING ALLOWANCES FOR STATE PURPOSES MEET THE REQUIREMENTS LISTED UNDER "NOTIFICATION." IF YOU FEEL THAT THE FEDERAL DETERMINATION IS NOT CORRECT FOR STATE WITHHOLDING PURPOSES, YOU MAY REQUEST A REVIEW.

To do so, write to:

W-4 Unit
Franchise Tax Board MS F180
P.O. Box 2952
Sacramento, CA 95812-2952
Fax: 916-843-1094

Your letter should contain the basis of your request for review. You will have the burden of showing that the federal determination is incorrect for state withholding purposes. The FTB will limit its review to that issue. The FTB will notify both you and your employer of its findings. Your employer is then required to withhold state income tax as instructed by the FTB. In the event the FTB or the IRS finds there is no reasonable basis for the number of withholding exemptions that you claimed on your Form W-4/DE 4, you may be subject to a penalty.

PENALTY: You may be fined \$500 if you file, with no reasonable basis, a DE 4 that results in less tax being withheld than is properly allowable. In addition, criminal penalties apply for willfully supplying false or fraudulent information or failing to supply information requiring an increase in withholding. This is provided for by Section 13101 of the [California Unemployment Insurance Code](#).

INSTRUCTIONS — 1 — ALLOWANCES*

When determining your withholding allowances, you must consider your personal situation:

- Do you claim allowances for dependents or blindness?
- Will you itemize your deductions?
- Do you have more than one income coming into the household?

TWO-EARNER/TWO-JOBS: When earnings are derived from more than one source, underwithholding may occur. If you have a working spouse or more than one job, it is best to check the box "SINGLE or MARRIED (with two or more incomes)." Figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using only one DE 4 form. Claim allowances with one employer. Do not claim the same allowances with more than one employer. Your withholding will usually be most accurate when all allowances are claimed on the DE 4 or Form W-4 filed for the highest paying job and zero allowances are claimed for the others.

MARRIED BUT NOT LIVING WITH YOUR SPOUSE: You may check the "Head of Household" marital status box if you meet all of the following tests:

- (1) Your spouse will not live with you at any time during the year;
- (2) You will furnish over half of the cost of maintaining a home for the entire year for yourself and your child or stepchild who qualifies as your dependent; and
- (3) You will file a separate return for the year.

HEAD OF HOUSEHOLD: To qualify, you must be unmarried or legally separated from your spouse and pay more than 50% of the costs of maintaining a home for the entire year for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. Cost of maintaining the home includes such items as rent, property insurance, property taxes, mortgage interest, repairs, utilities, and cost of food. It does not include the individual's personal expenses or any amount which represents value of services performed by a member of the household of the taxpayer.

WORKSHEET A

REGULAR WITHHOLDING ALLOWANCES

- (A) Allowance for yourself — enter 1 (A) _____
- (B) Allowance for your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 (B) _____
- (C) Allowance for blindness — yourself — enter 1 (C) _____
- (D) Allowance for blindness — your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 (D) _____
- (E) Allowance(s) for dependent(s) — do not include yourself or your spouse (E) _____
- (F) Total — add lines (A) through (E) above (F) _____

INSTRUCTIONS — 2 — ADDITIONAL WITHHOLDING ALLOWANCES

If you expect to itemize deductions on your California income tax return, you can claim additional withholding allowances. Use Worksheet B to determine whether your expected estimated deductions may entitle you to claim one or more additional withholding allowances. Use last year's FTB Form 540 as a model to calculate this year's withholding amounts.

Do not include deferred compensation, qualified pension payments, or flexible benefits, etc., that are deducted from your gross pay but are not taxed on this worksheet.

You may reduce the amount of tax withheld from your wages by claiming one additional withholding allowance for each \$1,000, or fraction of \$1,000, by which you expect your estimated deductions for the year to exceed your allowable standard deduction.

WORKSHEET B

ESTIMATED DEDUCTIONS

1. Enter an estimate of your itemized deductions for California taxes for this tax year as listed in the schedules in the FTB Form 540 1. _____
2. Enter \$7,984 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$3,992 if single or married filing separately, dual income married, or married with multiple employers - 2. _____
3. Subtract line 2 from line 1, enter difference = 3. _____
4. Enter an estimate of your adjustments to income (alimony payments, IRA deposits) + 4. _____
5. Add line 4 to line 3, enter sum = 5. _____
6. Enter an estimate of your nonwage income (dividends, interest income, alimony receipts) - 6. _____
7. If line 5 is greater than line 6 (if less, see below);
Subtract line 6 from line 5, enter difference = 7. _____
8. Divide the amount on line 7 by \$1,000, round any fraction to the nearest whole number 8. _____
Enter this number on line 1 of the DE 4. Complete Worksheet C, if needed.
9. If line 6 is greater than line 5;
Enter amount from line 6 (nonwage income) 9. _____
10. Enter amount from line 5 (deductions) 10. _____
11. Subtract line 10 from line 9, enter difference 11. _____
Complete Worksheet C

*Wages paid to registered domestic partners will be treated the same for state income tax purposes as wages paid to spouses for California Personal Income Tax (PIT) withholding and PIT wages. This law does not impact federal income tax law. A registered domestic partner means an individual partner in a domestic partner relationship within the meaning of Section 297 of the [Family Code](#). For more information, please call our Taxpayer Assistance Center at 888-745-3886.

1. Enter estimate of total wages for tax year 2015 1. _____
2. Enter estimate of nonwage income (line 6 of Worksheet B) 2. _____
3. Add line 1 and line 2. Enter sum 3. _____
4. Enter itemized deductions or standard deduction (line 1 or 2 of Worksheet B, whichever is largest) 4. _____
5. Enter adjustments to income (line 4 of Worksheet B) 5. _____
6. Add line 4 and line 5. Enter sum 6. _____
7. Subtract line 6 from line 3. Enter difference 7. _____
8. Figure your tax liability for the amount on line 7 by using the 2015 tax rate schedules below 8. _____
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$118.80) 9. _____
10. Subtract line 9 from line 8. Enter difference 10. _____
11. Enter any tax credits. (See FTB Form 540) 11. _____
12. Subtract line 11 from line 10. Enter difference. This is your total tax liability 12. _____
13. Calculate the tax withheld and estimated to be withheld during 2015. Contact your employer to request the amount that will be withheld on your wages based on the marital status and number of withholding allowances you will claim for 2015. Multiply the estimated amount to be withheld by the number of pay periods left in the year. Add the total to the amount already withheld for 2015 13. _____
14. Subtract line 13 from line 12. Enter difference. If this is less than zero, you do not need to have additional taxes withheld 14. _____
15. Divide line 14 by the number of pay periods remaining in the year. Enter this figure on line 2 of the DE 4 15. _____

NOTE: Your employer is not required to withhold the additional amount requested on line 2 of your DE 4. If your employer does not agree to withhold the additional amount, you may increase your withholdings as much as possible by using the “single” status with “zero” allowances. If the amount withheld still results in an underpayment of state income taxes, you may need to file quarterly estimates on Form 540-ES with the FTB to avoid a penalty.

THESE TABLES ARE FOR CALCULATING WORKSHEET C AND FOR 2015 ONLY

SINGLE OR MARRIED WITH DUAL EMPLOYERS				
IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER . . .	PLUS*	
\$0	\$7,749 ...	1.100%	\$0	\$0.00
\$7,749	\$18,371 ...	2.200%	\$7,749	\$85.24
\$18,371	\$28,995 ...	4.400%	\$18,371	\$318.92
\$28,995	\$40,250 ...	6.600%	\$28,995	\$786.38
\$40,250	\$50,869 ...	8.800%	\$40,250	\$1,529.21
\$50,869	\$259,844 ...	10.230%	\$50,869	\$2,463.68
\$259,844	\$311,812 ...	11.330%	\$259,844	\$23,841.82
\$311,812	\$519,687 ...	12.430%	\$311,812	\$29,729.79
\$519,687	\$1,000,000 ...	13.530%	\$519,687	\$55,568.65
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$120,555.00

MARRIED FILING JOINT OR QUALIFYING WIDOW(ER) TAXPAYERS				
IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER . . .	PLUS*	
\$0	\$15,498 ...	1.100%	\$0	\$0.00
\$15,498	\$36,742 ...	2.200%	\$15,498	\$170.48
\$36,742	\$57,990 ...	4.400%	\$36,742	\$637.85
\$57,990	\$80,500 ...	6.600%	\$57,990	\$1,572.76
\$80,500	\$101,738 ...	8.800%	\$80,500	\$3,058.42
\$101,738	\$519,688 ...	10.230%	\$101,738	\$4,927.36
\$519,688	\$623,624 ...	11.330%	\$519,688	\$47,683.65
\$623,624	\$1,000,000 ...	12.430%	\$623,624	\$59,459.60
\$1,000,000	\$1,039,374 ...	13.530%	\$1,000,000	\$106,243.14
\$1,039,374	and over	14.630%	\$1,039,374	\$111,570.44

UNMARRIED HEAD OF HOUSEHOLD TAXPAYERS				
IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER . . .	PLUS*	
\$0	\$15,508 ...	1.100%	\$0	\$0.00
\$15,508	\$36,743 ...	2.200%	\$15,508	\$170.59
\$36,743	\$47,366 ...	4.400%	\$36,743	\$637.76
\$47,366	\$58,621 ...	6.600%	\$47,366	\$1,105.17
\$58,621	\$69,242 ...	8.800%	\$58,621	\$1,848.00
\$69,242	\$353,387 ...	10.230%	\$69,242	\$2,782.65
\$353,387	\$424,065 ...	11.330%	\$353,387	\$31,850.68
\$424,065	\$706,774 ...	12.430%	\$424,065	\$39,858.50
\$706,774	\$1,000,000 ...	13.530%	\$706,774	\$74,999.23
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$114,672.71

*marginal tax

IF YOU NEED MORE DETAILED INFORMATION, SEE THE INSTRUCTIONS THAT CAME WITH YOUR LAST CALIFORNIA INCOME TAX RETURN OR CALL THE FTB:

IF YOU ARE CALLING FROM WITHIN THE UNITED STATES 800-852-5711 (voice)
800-822-6268 (TTY)

IF YOU ARE CALLING FROM OUTSIDE THE UNITED STATES
(Not Toll Free) 916-845-6500

The DE 4 information is collected for purposes of administering the PIT law and under the authority of Title 22, [California Code of Regulations](#), and the [Revenue and Taxation Code](#), including Section 18624. The Information Practices Act of 1977 requires that individuals be notified of how information they provide may be used. Further information is contained in the instructions that came with your last California income tax return.



Employee ID

FIRST MEAL BREAK WAIVER

- 1. I understand that if I work more than five (5) hours in a work day, I am entitled to a thirty minute (30) uninterrupted meal break without pay and that Impact will provide me with this meal break (this meal break shall be referred to as "first meal break").
2. On days when I work more than five (5) hours but less than six (6) hours, I may elect to waive this first meal break. I understand that in waiving this first meal break, I will be paid for the number of hours actually worked.
3. I agree that when I have worked a shift of more than five (5) hours but less than six (6) hours, I voluntarily elect to waive my right to take my first 30-minute meal break in all such instances. This waiver does not prevent me from taking a first meal break if I so choose. If I do choose to take a first meal break, I agree to clock out and in when I do take a first meal break, according to company policy.
4. I understand a first meal break waiver applies only to days where I work less than six (6) hours in a day. It is recognized that unforeseen circumstances may occur and in such cases where I did not receive a first meal break and my total hours are more than six (6) hours, I must notify my Impact supervisor/manager that I was unable to take a first meal break. In cases where this issue arises, a meal break will be provided to me or, if it is impossible to take a first meal break, the premium for a missed break will automatically be paid in accordance with the law.
5. In order for this waiver to be valid, and authorized company official must approve my request by signing below.
6. I am aware that I may revoke this agreement at any time by signing this form as indicated below.

Employee Signature Date

Authorized Company Signature Date

Revocation: I hereby revoke this waiver.

Employee Signature Date

Authorized Company Representative Signature Date



Employee ID

SECOND MEAL BREAK WAIVER

- 1. I understand that if I work more than five (5) hours in a work day, I am entitled to a thirty minute (30) uninterrupted meal break without pay and that Impact will provide me with this meal break. I also understand that if I work more than ten (10) hours in a work day, I am entitled to a second thirty (30) minute uninterrupted meal break without pay and that Impact will provide me with this meal break.
2. On days when I work more than ten (10) hours but less than twelve (12) hours, and have taken my first meal break, I may elect to waive this second meal break. I understand that in waiving this meal break, I will be paid for the number of hours actually worked.
3. I agree that when I have worked a shift of more than ten (10) hours but less than twelve (12) hours, I voluntarily elect to waive my right to take my second thirty-minute meal period in all such instances.
4. I understand a second meal break waiver applies only to days where I work less than twelve (12) hours in a day. It is recognized that unforeseen circumstances may occur that require the workday to be extended beyond twelve hours. In such cases where I did not receive a second meal break, and my total hours are twelve (12) hours or more, I must notify my Impact supervisor/manager that I was unable to take a second meal break. In cases where this issue arises, a meal period premium will automatically be paid in accordance with the law.
5. In order for this waiver to be valid, and authorized company official must approve my request by signing below.
6. I am aware that I may revoke this agreement at any time by signing this form as indicated below.

Employee Signature Date

Authorized Company Signature Date

Revocation: I hereby revoke this waiver.

Employee Signature Date

Authorized Company Representative Signature Date



NOTICE REGARDING BACKGROUND INVESTIGATION PURSUANT TO CALIFORNIA LAW

Employer (“the Company”) may obtain information about you from a consumer reporting agency for employment purposes. Thus, you can expect to be the subject of “investigative consumer reports” and “consumer credit reports” obtained for employment purposes. Such reports may include information about your character, general reputation, personal characteristics, and mode of living. With respect to any investigative consumer report from an investigative consumer reporting agency (“ICRA”), the Company may investigate the information contained in your employment application and other background information about you, including, but not limited to obtaining a criminal record report, verifying references, work history, your social security number, your educational achievements, licensure, and certifications, your driving record, and other information about you, and interviewing the people who are knowledgeable about you. The results of this report may be used as a factor in making employment decisions. The source of any investigative consumer report (as that term is defined under California Law) will be Corporate Screening Services, Inc., 16530 Commerce Court, Cleveland, OH 44130, Phone 800-229-8606, Fax: (440) 243-4204.

The company agrees to provide you with a copy of an investigative consumer report when required to do so under California Law.

Under California Civil Code section 1786.22, you are entitled to find out from ICRA what is in the ICRA’s file on you with proper identification as follows:

- In person, by visual inspection of your file during normal business hours and on reasonable notice. You may also request a copy of the information in person. The ICRA may not charge you more than the actual copying costs for providing you with a copy of your file.
- A summary of all information contained in the ICRA file on you that is required to be provided by the California Civil Code will be provided to you via telephone, if you have made a written request, with proper identification, for telephone disclosure, and the toll charge, if any, for the telephone call is prepaid by or charged directly to you.
- By requesting a copy be sent to a specified address by certified mail. ICRA’s complying with requests for certified mailing shall not be liable for disclosures to third parties caused by mishandling of mail after such mailing leave the ICRA.

“Proper Identification” includes documents such as a valid US Driver’s License, social security account number, military identification card, and credit cards. Only if you cannot identify yourself with such information may the ICRA require additional information concerning your employment and personal and family history to identify your identity.

The ICRA will provide trained personnel to explain any information furnished to you and will provide a written explanation of any coded information contained in files maintained on you. This written explanation will be provided whenever a file is provided to you for visual inspection.

You may be accompanied by one other person of your choosing, who must furnish reasonable identification. An ICRA may require you to furnish a written statement granting permission to the ICRA to discuss your file in such person’s presence.



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 Logistics	
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 Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. 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 antes 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



Autorización para Deposito Directo de Pago

Por este medio autorizo a Impact Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. Esta autoridad deberá de permanecer en vigencia y efecto hasta que Impact Logistics, Inc. reciba nota escrita de mi parte en cuanto a una terminación y de esta manera permitir a Impact Logistics, Inc. una oportunidad razonable para actuar de acuerdo.

Nombre _____

Numero de Seguro Social _____

Firma _____ Fecha _____

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

- 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 Logistics, Inc.
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 Logistics, Inc. (“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 Logistics, Inc.
DE: Oficinas Corporales De Impact Logistics, Inc.
RE: Reconocimiento de la Tarjeta de Poderes de Kronos
FECHA: 10 de Enero 2013

En el curso de su empleo con Impact Logistics, Inc., sera proporcionar 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 Logistics, Inc., 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 Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. que concuerdo en regresar mi tarjeta asignada de Poderes. Si no regresado, autorizo la Impact Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. 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



Employee ID Number

A: Empleados de Impact Logistics, Inc.
DE: Impact Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. 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 trabajó 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 Logistics, Inc.; eres muy apreciado y juntos tendremos un futuro sólido.

Empleado (Signo)

Fecha

CONFIDENTIAL

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



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

Por favor provea de manera precisa, su historial de empleo de tiempo completo o parcial de sus últimas cuatro posiciones. Empezee con su empleador mas reciente.

Nombre de la Primera Compañía	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 Compañía	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 Compañía	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 Compañía	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 Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. y a mi jefe de área de trabajo. Además, entiendo que nadie, excepto el Presidente de Impact Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc. 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 Logistics, Inc., será mi responsabilidad para llenar una nueva solicitud y presentarla con Impact Logistics, Inc. 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?
 Officials & Managers Sales Workers Operatives (Semi-Skilled)
 Professionals Office & Clerical Laborers (Unskilled)
 Technicians Craft Workers (Skilled) 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/caemployeehandbookspanish.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 Logistics, Inc.		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 62-1519198	
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 Logistics, Inc.		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 62-1519198	
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).

AVISO AL EMPLEADO
Sección 2810.5 del Código de Trabajo

EMPLEADO

Nombre del empleado: _____

Fecha de inicio: _____

EMPLEADOR

Nombre legal del empleador contratante: _____

¿El empleador contratante es una agencia/compañía de empleo (por ejemplo, agencia de colocación de trabajadores temporales, agencia de empleados temporales, u organización de empleadores profesionales [PEO, por sus siglas en inglés])? Sí No

Otros nombres con los cuales el empleador contratante "realiza negocios" (si aplica):

Dirección física de la oficina principal del empleador contratante:

Dirección postal del empleador contratante (si es diferente a la de arriba):

Número telefónico del empleador contratante: _____

Si el empleador contratante es una agencia/compañía de colocación de trabajadores (la casilla de arriba está marcada "Sí"), a continuación se encuentra la otra entidad para la cual el empleado trabajará:

Nombre: _____

Dirección física de la oficina principal: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SALARIO

Tasa(s) de pago: _____ Tasa(s) de pago de horas extra: _____

Tasa por (marque una casilla): Hora Turno Día Semana Salario A destajo Comisión

Otra (proporcione detalles): _____

¿Existe un acuerdo por escrito que proporcione la(s) tasa(s) de pago? (marque una casilla) Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿todas las tasas de pago y sus bases están contenidas en ese acuerdo por escrito? Sí No

Asignaciones, si las hubiere, reclamadas como parte del salario mínimo (incluyendo asignaciones por concepto de comidas o alojamiento):

(Si el empleado ha firmado el acuse de recibo a continuación, el mismo no constituye un "acuerdo escrito voluntario" requerido por la ley entre el empleador y el empleado para poder considerarlo como un crédito por concepto de comidas o alojamiento contra el salario mínimo". Cualquiera de tales acuerdos escritos voluntarios deberán documentarse por separado.)

Día regular de pago: _____

INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO

Nombre de la aseguradora: _____
Dirección _____
Número telefónico: _____
No. de la póliza: _____

Auto asegurado (Código de Trabajo 3700) y número de certificado del consentimiento para auto asegurarse: _____

LICENCIA POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO

Salvo que esté exento, el empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos para licencias por enfermedad con goce de sueldo bajo la ley del estado que estipula que un empleado:

- a. Puede acumular licencia por enfermedad con goce de sueldo y puede solicitar y utilizar hasta 3 días o 24 horas por concepto de licencia por enfermedad con goce de sueldo por año;
- b. No podrá ser despedido o no se podrán tomar represalias contra él por utilizar o por solicitar el uso de licencias por enfermedad con goce de sueldo; y
- c. Tiene derecho de presentar una demanda contra el empleador que tome represalias o discrimine contra un empleado por
 1. solicitar o utilizar días por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo;
 2. intentar ejercer el derecho de utilizar días acumulados por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo;
 3. presentar una demanda o alegar una violación de la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California;
 4. cooperar en una investigación o enjuiciamiento debido a una presunta violación de este Artículo u oponerse a cualquier política o práctica o actuación que sea prohibida por la sección 245 y siguientes del Artículo 1.5 del Código de Trabajo de California.

Lo siguiente aplica al empleado identificado en este aviso. *(Marque una casilla)*

1. Acumula licencia por enfermedad con goce de sueldo únicamente según los requisitos mínimos previstos en el Código de Trabajo §245 y siguientes con ninguna otra póliza del empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para acumular y utilizar la licencia por enfermedad con goce de sueldo.
2. Acumula licencia por enfermedad con goce de sueldo según la póliza del empleador que satisface o excede los requisitos de acumulación, traslado, y uso del Código de Trabajo §246.
3. El empleador provee no menos de 24 horas (o 3 días) de licencia por enfermedad con goce de sueldo al principio de cada período de 12 meses.
4. El empleado está exento de la protección de ser pagado por concepto de licencias por enfermedad con goce de sueldo según el Código de Trabajo §245.5. (Proporcione la exención y la sub-sección específica para la exención): _____

ACUSE DE RECIBO

(Opcional)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE del representante del empleador)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE el nombre del empleado)

(FIRMA del representante del empleador)

(FIRMA DEL empleado)

(Fecha)

(Fecha)

La firma del empleado en este aviso únicamente constituye un acuse de recibo.

La sección 2810.5(b) del Código de Trabajo requiere que el empleador le notifique a usted por escrito de cualquier cambio a la información establecida en este Aviso dentro de los siete días continuos después del momento de los cambios, a menos que uno de los siguientes aplique:

(a) Todos los cambios son reflejados en un recibo puntual de sueldo provisto según la sección 226 del Código de Trabajo; (b) El aviso de todos los cambios se provee en otro escrito requerido por la ley dentro de siete días a partir de los cambios.

COPIA DE EMPLEADO

División del Cumplimiento de Normas Laborales

Oficina del Comisionado del Trabajo

ESTE CARTEL DEBE EXHIBIRSE DONDE LOS EMPLEADOS PUEDAN LEERLO

(El cartel puede ser impreso en papel tamaño carta de 8 ½" X 11")

LA LEY DE LUGAR DE TRABAJO SALUDABLE/FAMILIAS SALUDABLES DE 2014 DERECHO POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO

Derecho:

- Un empleado que, el 1 de julio de 2015 o después del mismo, trabaje en California por 30 días o más dentro de un año desde el principio de su empleo, tiene derecho a tiempo por enfermedad con goce de sueldo.
- El derecho por enfermedad con goce de sueldo se acumula a razón de una hora por cada 30 horas trabajadas, pagadas según la tasa regular del sueldo del empleado. La acumulación empezará el primer día del empleo o el 1 de julio de 2015, el que ocurra más tarde.
- El derecho por enfermedad con goce de sueldo acumulada se transferirá al año siguiente de empleo y puede limitarse a 48 horas o 6 días. Sin embargo, sujeto a condiciones especificadas, si un empleador tiene una póliza de derecho por enfermedad con goce de sueldo o permisos retribuidos (PTO, por sus siglas en inglés) que provee no menos de 24 horas o tres días de derecho por enfermedad o permisos retribuidos, no se requiere acumulación o transferencia si el monto completo de derecho se recibe al principio de cada año según la póliza.

Uso:

- Un empleado puede utilizar días de enfermedad acumulados a partir de noventa días de empleo.
- Un empleador proveerá días por concepto de derecho por enfermedad con goce de sueldo cuando un empleado lo solicite oralmente o por escrito para sí mismo o para un miembro de la familia para el diagnóstico, atención o tratamiento de una condición de salud o atención preventiva, o para fines específicos para un empleado que sea víctima de violencia doméstica, asalto sexual o acecho.
- Un empleador puede limitar el uso de días por concepto de derecho por enfermedad con goce de sueldo a 24 horas o tres días en cada año de empleo.

Está prohibida la represalia o la discriminación contra un empleado que solicite días por concepto de derecho de enfermedad con goce de sueldo o utilice días por concepto de derecho de enfermedad con goce de sueldo o ambos. Un empleado puede presentar una demanda ante el Comisionado del Trabajo contra un empleador que tome represalias o discrimine contra el empleado.

Para información adicional puede contactar a su empleador o a su oficina local del Comisionado del Trabajo. Localice la oficina buscando en la lista de las oficinas en nuestro sitio web <http://www.dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm> utilizando la [lista alfabética de ciudades, las ubicaciones, y las comunidades](#). El personal está disponible personalmente y por teléfono.



Dentro de los lineamientos de la *Healthy Workplace Healthy Family Act of 2014 (AB 1522)* también conocida como la *Ley de Licencia de Enfermedad del estado de California*.

Impact Logistics ha implementado las siguientes políticas:

1. los empleados se limitan a 24 horas de licencia por enfermedad paga cada año de trabajo.
 - a. un empleado que clasifica comienza a acumular ausencias pagadas a partir del 01 de julio de 2015, o si después de esa fecha, el primer día de trabajo.

2. los empleados se limitan a 48 horas de licencia por enfermedad acumulada cada año.
 - a. horas de licencia por enfermedad sin usar pueden llevarse de un año al siguiente.

3. los empleados tienen que utilizar al menos 2 horas de su licencia por enfermedad acumulados por cada petición.

Nombre (Signo)

Fecha

CONFIDENTIAL

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

Impact Logistics, Inc.



Copia De Empleado

Dentro de los lineamientos de la *Healthy Workplace Healthy Family Act of 2014 (AB 1522)* también conocida como la *Ley de Licencia de Enfermedad del estado de California*.

Impact Logistics ha implementado las siguientes políticas:

1. los empleados se limitan a 24 horas de licencia por enfermedad paga cada año de trabajo.
 - a. un empleado que clasifica comienza a acumular ausencias pagadas a partir del 01 de julio de 2015, o si después de esa fecha, el primer día de trabajo.

2. los empleados se limitan a 48 horas de licencia por enfermedad acumulada cada año.
 - a. horas de licencia por enfermedad sin usar pueden llevarse de un año al siguiente.

3. los empleados tienen que utilizar al menos 2 horas de su licencia por enfermedad acumulados por cada petición.

CONFIDENTIAL

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

[Impact Logistics, Inc.](#)