

SOLICITUD DE EMPLEO

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

Las personas que necesiten asistencia con alguna fase del proceso de solicitud deben notificar a la persona que les entregó la solicitud para pedir una adaptación razonable.

1. Complete las cuatro páginas.
2. Escriba con letra clara de imprenta; no se procesarán las solicitudes incompletas o ilegibles. ANOTE "NO APLICABLE" SI NO CONTESTA UNA PREGUNTA.
3. Proporcione solamente la información que se le pide. De lo contrario puede quedar descalificada su solicitud.
4. Algunos paquetes pueden incluir un Formulario de Auto-Identificación de EEO. Se reúne esta información para mantenimiento de registros federales y/o acción afirmativa. La información pedida es voluntaria y se mantendrá confidencial. No se someterá a un solicitante a ningún trato adverso por negarse a completar el cuestionario.

La Compañía es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades de empleo y no discrimina contra ningún solicitante o empleado debido a raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, situación de veterano de guerra, ciudadanía ni ninguna otra característica protegida por la ley federal, estatal o local.

PUESTO AL CUAL POSTULA: _____

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE: _____

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

TELÉFONO EN CASA: _____ TELÉFONO EN EL TRABAJO: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN ANTERIOR: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Tiene por lo menos 18 años de edad: ☐ Sí ☐ No

¿Es usted elegible legalmente para trabajar en los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Se le exigirá presentar evidencia de elegibilidad de empleo si es contratado.

DISPONIBILIDAD

¿En qué fecha puede empezar? _____ ¿Qué categoría preferiría? ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Temporario ☐ Grupo de trabajo

¿Para qué horarios está disponible?* ☐ Días de semana ☐ Fines de semana ☐ Tardes ☐ Noches ☐ Horas extra ☐ Turno ☐ Otro _____

*Se hará lo posible por adecuarse a creencias religiosas sostenidas sinceramente.

FUNCIONES ESENCIALES DEL CARGO

☐ Sí ☐ No ¿Se le ha entregado una descripción del cargo o se le explicaron las funciones esenciales del cargo?

☐ Sí ☐ No ¿Tiene claras estas funciones esenciales?

☐ Sí ☐ No Después de revisar detalladamente la descripción del cargo y los requisitos físicos del trabajo al cual postula, ¿puede realizar las funciones esenciales del cargo con o sin adaptaciones razonables?

LICENCIAS Y CERTIFICACIONES PROFESIONALES

☐ Sí ☐ No ¿Tiene licencia o certificación para el cargo al cual postula?

Nombre de la licencia o certificaciones: _____

Número de licencia o certificación: _____ Estado emisor: _____

☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez se le ha revocado o suspendido su licencia o certificación?

En caso afirmativo, señale la(s) razón(es), fecha de la revocación o suspensión y fecha de reinstauración: _____

REFERENCIAS

Incluya solamente personas familiarizadas con su capacidad laboral. No incluya parientes ni nombres de supervisores indicados.

NOMBRE

DIRECCIÓN/TELÉFONO

AÑOS QUE LE CONOCE/RELACIÓN

1.		
2.		
3.		

EDUCACIÓN

Marque con un círculo el grado más alto completado. 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 16+

Si sus registros académicos están bajo un nombre diferente del indicado anteriormente, señale dicho nombre _____

NOMBRE	CIUDAD/ESTADO	GRADUADO	TIPO DE TÍTULO
ESCUELA SECUNDARIA		☐ Sí ☐ No	
UNIVERSIDAD		☐ Sí ☐ No	
OTRA		☐ Sí ☐ No	

EMPLEADORES PREVIOS

NOTA: Su solicitud puede no considerarse a menos que conteste cada pregunta de esta sección. Dado que haremos todo lo posible por ponernos en contacto con empleadores anteriores, *es indispensable contar con los números telefónicos correctos de los empleadores anteriores*. Pida un directorio telefónico o llame a informaciones si fuese necesario. PARA EMPLEADORES FUERA DE LOS EE.UU., ES OBLIGATORIO INDICAR UN NÚMERO DE FAX ACTUAL.

En Massachusetts un solicitante puede incluir cualquier trabajo verificado realizado de manera voluntaria.

EMPLEADOR MÁS RECIENTE ☐ Sí ☐ No ¿Está trabajando actualmente para este empleador? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿podemos contactarlo?			TELÉFONO () FAX ()
NOMBRE DE LA EMPRESA _____		CIUDAD _____	ESTADO _____
DESDE _____ FECHAS DE EMPLEO	HASTA _____	TÍTULO DEL CARGO _____	NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
RESPONSABILIDADES _____			
POR _____			
SALARIO _____ (HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA _____		

SEGUNDO EMPLEADOR MÁS RECIENTE			TELÉFONO () FAX ()
NOMBRE DE LA EMPRESA _____		CIUDAD _____	ESTADO _____
DESDE _____ FECHAS DE EMPLEO	HASTA _____	TÍTULO DEL CARGO _____	NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
RESPONSABILIDADES _____			
POR _____			
SALARIO _____ (HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA _____		

TERCER EMPLEADOR MÁS RECIENTE			TELÉFONO () FAX ()
NOMBRE DE LA EMPRESA _____		CIUDAD _____	ESTADO _____
DESDE _____ FECHAS DE EMPLEO	HASTA _____	TÍTULO DEL CARGO _____	NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
RESPONSABILIDADES _____			
POR _____			
SALARIO _____ (HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA _____		

CUARTO EMPLEADOR MÁS RECIENTE			TELÉFONO () FAX ()
NOMBRE DE LA EMPRESA _____		CIUDAD _____	ESTADO _____
DESDE _____ FECHAS DE EMPLEO	HASTA _____	TÍTULO DEL CARGO _____	NOMBRE DEL SUPERVISOR _____
RESPONSABILIDADES _____			
POR _____			
SALARIO _____ (HORA, SEMANA, MES)	RAZÓN DE LA PARTIDA _____		

INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR

- ☐ Sí ☐ No Si el trabajo lo requiere, ¿tiene una licencia de conducir válida y adecuada?
Nombre en la licencia _____ Núm. de lic. _____ Tipo _____ Estado emisor _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido multas por infracciones de tránsito dentro de los últimos siete años? Describa. _____

ANTECEDENTES PENALES

Nótese que una respuesta afirmativa a cualquiera de las siguientes preguntas no lo descalificará necesariamente del empleo. Se considerarán factores tales como edad y tiempo de la infracción, seriedad y tipo de contravención, además de rehabilitación, al tomar decisiones de empleo.

¿Se le ha condenado alguna vez o se ha declarado culpable por algún delito? **No incluya condenas que se hayan sellado, borrado, anulado o expurgado tras una orden judicial.**

NOTA: Antes de contestar esta pregunta sobre condenas penales, remítase a las instrucciones a continuación si reside o solicita un puesto en California, Connecticut, Distrito de Columbia, Georgia, Hawaii, Nueva York, Massachusetts, Nevada o Washington.

- ☐ Sí ☐ No Explique toda respuesta que haya contestado afirmativamente. Use papel adicional si es necesario.

¿Está esperando actualmente el juicio de algún delito?

- ☐ Sí ☐ No Explique toda respuesta que haya contestado afirmativamente. Use papel adicional si es necesario.

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR LA INDAGACIÓN SOBRE CONDENAS PENALES

Solicitantes de California: No identifique ninguna condena por delito menor por la cual se haya completado satisfactoriamente la libertad condicional o que se haya descargado y el tribunal haya desestimado el caso. No divulgue su derivación o su participación en ningún programa de desviación judicial ya sea previa o posterior al juicio. Tampoco identifique condenas relacionadas con marihuana, dictadas por el tribunal hace más de 2 años, que impliquen: posesión ilícita de marihuana; transporte o entrega de hasta 28.5 gramos de marihuana, excluyendo el cannabis concentrado o la oferta de transportar o entregar hasta 28.5 gramos de marihuana, excluyendo el cannabis concentrado excluyendo el; posesión de parafernalia utilizada para fumar marihuana; estar en un lugar sabiendo que se está usando marihuana; o estar bajo la influencia de la marihuana.

Solicitantes de Connecticut: No se requiere que los solicitantes revelen la existencia de ningún arresto, cargo penal o condena, cuyos registros se hayan borrado conforme a la sección 46b – 146, 54 -76o ó 54 – 142a de los Estatutos Generales de Connecticut. Los antecedentes penales susceptibles de ser borrados conforme a estas secciones son antecedentes referentes a un fallo de delincuencia o el hecho de que un niño era miembro de una familia con necesidades de servicio, un juicio en un tribunal de menores como infractor juvenil, una acusación penal que se haya desestimado o anulado (no procesado), una acusación penal por la cual la persona fue encontrada no culpable, o una condena por la cual el acusado recibió un perdón absoluto. Cualquier persona cuyos antecedentes penales se hayan borrado conforme a estas secciones se considera como nunca arrestada dentro del significado de la ley según se aplica a los procesos particulares que se han borrado y, por lo tanto, puede declarar bajo juramento.

Solicitantes del Distrito de Columbia: No identifique condenas que tengan más de diez (10) años.

Solicitantes de Georgia: No identifique ninguna declaración de culpabilidad que haya absuelto el tribunal conforme a la Ley del Infractor sin Antecedentes Penales de Georgia.

Solicitantes de Hawaii: No conteste esta pregunta en este momento. Solamente tendrá que contestar esta pregunta si recibe una oferta condicional de empleo. En ese momento, se le preguntará si fue condenado por un delito dentro de los últimos diez (10) años.

Solicitantes de Massachusetts: Un solicitante de empleo con un registro sellado en archivo ante el Comisionado de Libertad Condicional puede contestar “sin antecedentes” con respecto a una indagación aquí relacionada con arrestos previos, comparecencias en tribunales penales o condenas. Además, un solicitante de empleo puede contestar “sin antecedentes” con respecto a una indagación en cuanto a arrestos previos, comparecencias en tribunales y juicio en un tribunal de menores en todos los casos de delincuencia o como menor de edad necesitado de servicios que no dio como resultado la transferencia de una queja al tribunal superior para procesos penales. Los solicitantes de Massachusetts no deben divulgar información sobre condenas de primer delito menor por ebriedad, agresión simple, exceso de velocidad, infracciones menores del tránsito, riña o perturbación de la tranquilidad. Finalmente, los solicitantes de Massachusetts no deben divulgar condenas por otros delitos menores donde la fecha de condena o el final de algún período de encarcelación fue hace más de cinco años a menos que haya habido condenas subsiguientes dentro de esos cinco años.

Solicitantes de Nevada: Solamente divulgue delitos menores que causen encarcelamiento y todos los delitos mayores.

Solicitantes de Nueva York: No divulgue información referente a ningún proceso penal que terminara en un “juicio en un tribunal de menores como infractor juvenil”, según se define en la sección 720.35 de la Ley de Proceso Penal de Nueva York.

Solicitantes de Washington: No identifique ninguna condena que sea de hace más de diez (10) años en el momento de presentar esta solicitud.

CERTIFICACIÓN Y EXONERACIÓN

Entiendo que este formulario de solicitud está destinado a usarse para evaluar mis calificaciones de empleo y que esta solicitud no constituye una oferta de empleo. Entiendo además que si se me contrata, mi empleo se considerará "a voluntad" y que mi empleo puede cesar por cualquier motivo, con o sin causa o aviso, en cualquier momento por parte mía o de la Compañía y que esta solicitud no está destinada a constituir un contrato de empleo continuo.

Certifico que la información entregada por mí en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que toda información falsa, declaraciones engañosas u omisiones presentes en esta solicitud, en otros materiales escritos, o provista durante alguna entrevista causará el rechazo de mi solicitud o, si estoy empleado, medidas disciplinarias que pueden incluir el despido en el momento en que se descubra dicha información falsa u omisión.

Entiendo que pueden necesitarse pruebas adicionales de habilidades relacionadas con el trabajo y para detectar drogas, antes del empleo. Entiendo también que después de una oferta de empleo y antes de reportarme al trabajo, puede que se me exija someterme a una evaluación médica y dependiendo de la política de la Compañía y las necesidades del trabajo, puede que se me exija completar un formulario de historia clínica y tener que someterme a un examen realizado por un profesional médico designado por la compañía. Entiendo también que no puedo estar bajo la influencia de drogas o alcohol durante el empleo y que si la política de la Compañía así lo requiere, puede que se me exija someterme a pruebas de drogas y/o alcohol en una institución aprobada para ello.

Entiendo que se prohíbe fumar en todas las áreas interiores de las instalaciones de la Compañía a menos que se hayan establecido áreas designadas para fumar en un lugar en particular conforme a la ley aplicable estatal y local.

Autorizo a la Compañía y/o sus agentes, incluso a los centros de informes de crédito, a investigar y verificar cualquiera de la información que he entregado. Autorizo a mis ex empleadores, instituciones educativas, referencias y cualquier agencia pertinente a brindar información a la Compañía y/o sus agentes en cuando a mis antecedentes y experiencia. Exonero a la Compañía y a todas las partes que entreguen información a la Compañía sobre mis antecedentes y experiencia de cualquier responsabilidad que pudiera surgir de la misma.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Esta solicitud se considerará solamente por 90 días. Si no ha sido contratado dentro de los 90 días de presentar esta solicitud, y desea ser considerado para empleo futuro, debe completar una nueva solicitud.

NOTIFICACIONES ESTATALES ESPECÍFICAS

"Conforme a la ley de Maryland, un empleador no puede exigir ni requerir, como condición de empleo, empleo potencial o continuación del empleo, que una persona se someta a un detector de mentiras o alguna prueba similar. Un empleador que contravenga esta ley es culpable de un delito menor y queda sujeto a una sanción que no supere \$ 100."

Solicitantes de Maryland: sírvanse firmar y acusar recibo del aviso precedente.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Solicitantes de Massachusetts: "Es ilegal en Massachusetts requerir o administrar una prueba con detector de mentiras como condición de empleo o de la continuación del empleo. Un empleador que contravenga esta ley quedará sujeto a sanciones penales y responsabilidad civil."

Solicitantes de Rhode Island: "La compañía está sujeta a los Capítulos 29-38 del Título 28 de las Leyes Generales de Rhode Island y, por lo tanto, está cubierta por la ley de compensación de trabajadores del estado."

INSTRUCCIONES AL EMPLEADOR PARA EL USO DEL FORMULARIO DE AUTO-IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA EEO Y DEL FORMULARIO DE AUTO-IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE DISCAPACIDAD Y DE CONDICIÓN DE VETERANOS DE GUERRA

Se incluye en este paquete un Formulario de Auto-Identificación Voluntaria EEO y un Formulario de Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad y de condición de Veteranos de Guerra para aquellos empleadores sujetos a ciertos requisitos federales de mantenimiento de registros e información y/u obligaciones de acción afirmativa. Únicamente deben usar estos formularios aquellos empleadores que están sujetos a dichos requisitos (como se explica en general a continuación). Si su compañía no está sujeta a estos requisitos de mantenimiento de registros, informes o acción afirmativa, no debe entregar los formularios ni obtener la información indicada de los solicitantes que postulan a un trabajo ni de los empleados. Se insta a los empleadores a procurar obtener consejo de un asesor jurídico competente para determinar si pedir esta información.

Formulario de Auto-Identificación Voluntaria EEO:

Ciertos empleadores deben presentar un Informe EEO-1 todos los años ante la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleo de los EE.UU. y la Oficina Federal de Cumplimiento de Contratos del Departamento del Trabajo de los EE.UU. Con el fin de completar el Informe EEO-1, los empleadores deben pedir que los empleados se identifiquen en cuanto a sexo y raza/etnicidad. No se puede tomar ninguna medida adversa contra personas que decidan no entregar la información solicitada. Entre los empleadores que deben presentar Informes EEO-1 anuales se incluyen:

- (1) Todos los empleadores privados con 100 o más empleados (incluyendo empleadores con menos de 100 empleados si la compañía es propiedad o filial de otra compañía o si existe propiedad, control o administración centralizada de tal modo que la totalidad de la empresa emplea a un total de 100 o más empleados) **excluyendo** gobiernos estatales y locales, sistemas escolares primarios y secundarios, instituciones de educación superior, tribus indígenas y clubes privados exentos de impuestos que no sean organizaciones laborales.
- (2) Todos los empleadores privados que tienen 50 o más empleados y son contratistas federales o subcontratistas de primer nivel y tienen un contrato por un total de \$50,000 o mayor.

Además, ciertos empleadores pueden tener obligaciones de acción afirmativa que requieran que se siga el sexo y raza/etnicidad de los solicitantes y, por lo tanto, pueden utilizar el Formulario de Auto-Identificación Voluntaria EEO.

Si su compañía emplea a menos de 100 empleados, no es contratista federal con 50 o más empleados, o no tiene obligaciones de acción afirmativa, no debe utilizar el Formulario de Auto-Identificación Voluntaria EEO.

Formulario de Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad y de condición de Veteranos de Guerra

A ciertos contratistas federales se les exige cumplir con obligaciones de mantenimiento de registros, informes y acción afirmativa conforme a diversas leyes federales, incluida la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, con sus enmiendas, y la Ley de Asistencia de Reajuste para Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, con sus enmiendas. Los contratistas federales cubiertos deben invitar a los solicitantes a auto-identificarse como persona con discapacidad o como veterano de guerra, según se defina en la ley aplicable. Sin embargo, los contratistas federales deben pedir a los solicitantes que se auto-identifiquen como persona con discapacidad o veterano de guerra discapacitado especial únicamente después de haber efectuado una oferta de empleo al solicitante. (Hay excepciones limitadas en que puede utilizarse el formulario antes de hacer una oferta de empleo, como cuando el contratista está implantando la acción afirmativa en la etapa previa a la oferta.)

Si su compañía no es contratista federal sujeto a estas leyes u obligaciones de acción afirmativa, no debe utilizar el Formulario de Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad de Condición de Veteranos de Guerra. Se insta a los empleadores a procurar obtener consejo de un asesor jurídico competente para determinar si pide y cuándo pide esta información.

SI SE USA ALGUNO DE ESTOS FORMULARIOS, DEBE MANTENERLOS SEPARADOS DE LA SOLICITUD DE EMPLEO Y OTROS REGISTROS DEL PERSONAL.

FORMULARIO DE AUTO-IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA EEO

La Compañía es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades de empleo y no discrimina contra los postulantes o empleados debido a raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, situación de veterano de guerra, ciudadanía ni ninguna otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales. El propósito de este formulario es asistir a la Compañía en cumplir con los requisitos de mantenimiento de registros e informes que exige el gobierno, así como obligaciones de acción afirmativa, si corresponde. Esta información no forma parte de su solicitud de empleo, y no se considerará en el proceso de empleo/selección. La información pedida es voluntaria y se mantendrá confidencial. Si no desea entregar esta información, no recibirá ningún trato adverso. Si decide entregar la información, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Fecha: _____

Título del puesto al cual postula: _____

SEXO

- ☐ Masculino
☐ Femenino

RAZA/ETNICIDAD

¿Es de origen hispano o latino? (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura hispana sin importar la raza.)

- ☐ Sí
☐ No

Si contestó "No" a "¿Es de origen hispano o latino?" indique de qué raza/etnia cree ser:

- ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska (No hispano ni latino) – Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte o del Sur (incluida América Central) y que mantenga su afiliación tribal o conexión con su comunidad.
- ☐ Asiático (No hispano ni latino) – Una persona proveniente de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o del Subcontinente de la India, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ Negro o Afro-americano (No hispano ni latino) – Una persona originaria de cualquiera de los grupos raciales negros del África.
- ☐ Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico (No hispano ni latino) – Una persona originaria de cualquiera de los pueblos de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- ☐ Blanco (No hispano ni latino) – Una persona proveniente de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o el Norte de África.
- ☐ Dos o más razas (No hispano ni latino) – Todas las personas que se identifican con más de una de las cinco razas anteriores.

PERSONAL Y CONFIDENCIAL

ESTA PÁGINA CONTIENE INFORMACIÓN DELICADA.

CONSERVAR SOLAMENTE EN ARCHIVOS SEGUROS, SEPARADAMENTE DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL.

© ADP SCREENING & SELECTION SERVICES 2009 VS 1-09

FORMULARIO DE AUTO-IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE DISCAPACIDAD Y DE CONDICIÓN DE VETERANOS DE GUERRA

La Compañía es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades de empleo y no discrimina contra los postulantes o empleados debido a raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, situación de veterano de guerra, ciudadanía ni ninguna otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales. El propósito de este formulario es asistir a la Compañía en cumplir con cualquier requisito de mantenimiento de registros e informes que exija el gobierno, así como cualquier obligación de acción afirmativa. Esta información no forma parte de su solicitud de empleo, y no se considerará en el proceso de empleo/selección. La información pedida es voluntaria y se mantendrá confidencial. Si no desea entregar esta información, no recibirá ningún trato adverso. Si decide entregar la información, complete lo siguiente:

Nombre: _____ Fecha: _____

Título del puesto al cual postula: _____

¿Es usted una persona con discapacidad? (Puede ser una persona con discapacidad si tiene un impedimento físico o mental que lo limite sustancialmente en una o varias actividades cotidianas importantes, o si tiene antecedentes de haber tenido dicho impedimento, o se le considera como que tiene dicho impedimento.)

☐ Sí

☐ No

VETERANOS DE GUERRA

☐ Veterano discapacitado especial

1. Un veterano con derecho a remuneración según las leyes administradas por el Dpto. de Asuntos de Veteranos por una discapacidad (a) calificada en un 30% o más, o (b) calificada en un 10% ó 20% si se ha determinado que la persona tiene una discapacidad laboral seria; o
2. Un veterano que fue dado de baja o relevado del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio.

☐ Veterano de la era de Vietnam

1. Sirvió en las fuerzas armadas, ejército, marina o fuerza aérea de EE.UU. en servicio activo por un período de más de 180 días, y fue dado de baja o relevado de su cargo por motivos que no fueran deshonrosos, si ocurrió alguna parte de dicho servicio activo: (a) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975; o (b) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975, en todos los otros casos; o
2. Fue dado de baja o relevado del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio si desempeñó alguna parte de dicho servicio activo: (a) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975; o (b) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975, en todos los otros casos.

☐ Veterano de Guerra de Baja Reciente

1. Cualquier veterano de guerra que se haya desempeñado en servicio activo durante el período de tres años a partir de la fecha de baja o salida del servicio activo de dicho veterano.

☐ Otro veterano protegido

1. Otro veterano protegido se define como un veterano que sirvió en las fuerzas armadas, ejército, marina o fuerza aérea de los EE.UU. en servicio activo durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual se autorizó una credencial de campaña.

☐ Veterano con Medalla de Servicio de las Fuerzas Armadas

1. Veterano de guerra que, al desempeñarse en el servicio militar activo estadounidense, en ramas de ejército, armada o fuerza aérea, participara en una operación militar de los Estados Unidos por la cual se otorgó una medalla de servicio de las Fuerzas Armadas conforme a la Orden Ejecutiva 12985.

PERSONAL Y CONFIDENCIAL

ESTA PÁGINA CONTIENE INFORMACIÓN DELICADA.

CONSERVAR SOLAMENTE EN ARCHIVOS SEGUROS, SEPARADAMENTE DE LOS REGISTROS DEL PERSONAL.

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

2024**Step 1:****Enter
Personal
Information**

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse ☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

Step 2:**Multiple Jobs
or Spouse
Works**

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do only one of the following.

- (a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**
- (b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**
- (c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate ☐

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3:**Claim
Dependent
and Other
Credits**

If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$

Multiply the number of other dependents by \$500 \$

Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here

3 \$**Step 4
(optional):****Other
Adjustments**

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income

4(a) \$

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here

4(b) \$

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period

4(c) \$**Step 5:****Sign
Here**

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

**Employers
Only**

Employer's name and address

First date of
employment

Employer identification
number (EIN)



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS

Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

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 (if any)	Other Last Names Used (if any)
Address (Street Number and Name)		Apt. Number (if any)	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number	Employee's Email Address			Employee's Telephone Number
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):			
		☐ 1. A citizen of the United States			
		☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)			
		☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)			
		☐ 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)			
		If you check Item Number 4., enter one of these:			
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the **Preparer and/or Translator Certification** on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)		Additional Information			
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
☐ Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.					
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears 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.					First Day of Employment (mm/dd/yyyy):
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
CORDERO EILEEN, HUMAN RESOURCES					
Employer's Business or Organization Name			Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code		
BIG HORN PLASTERING			12700 E BRONCOS PKWY, ENGLEWOOD, CO, 80112		

For reverification or rehire, complete Supplement B, Reverification and Rehire on Page 4.