



***Specializing In***  
**Lattice Tower Erection, Assembly & Consulting**

**\*\* Por favor enviar su solicitud, Atención: Departamento de Recursos Humanos, por una de las opciones de abajo.\*\***

- Por favor enviar por correo a 4047 W Interstate 30, Caddo Mills, TX 75135.
- Por favor, enviar por fax su solicitud al (903) 527-0203.
- Por favor, escanear y enviar su solicitud a [nmrebar@gmail.com](mailto:nmrebar@gmail.com) o [oliviai@nmrebar.com](mailto:oliviai@nmrebar.com)

**IMPORTANTE: SI NO ESTÁ DE CORREO LA SOLICITUD, NO FAX su NOMBRE DE! TEXTO Un claro copia de la identificación al número abajo!**

- Por favor, texto una imagen clara de sus identificaciones al (903) 259-8909.

4047 W Interstate 30  
Caddo Mills, Texas 75135  
(903) 454-2096 Office  
(903) 527-0203 Fax

# EMPLEADO RESUMEN DE LA INFORMACION

Nombre: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

ciudad, estado, postal: \_\_\_\_\_

teléfono: \_\_\_\_\_

correo electrónico: \_\_\_\_\_

Social seguridad #: \_\_\_\_\_

Civil estado:       casado / individual (círculo uno)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alquiler fecha : \_\_\_\_\_

Estado civil: Sola / casado #delas exenciones: \_\_\_\_\_

## **Información bancaria:**

Banco nombre: \_\_\_\_\_

Routing #(9dígitos): \_\_\_\_\_ cuenta#: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta (por favor círculo uno) Comprobación - o - ahorro

Licencia o ID #: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_ Exp Fecha: \_\_\_\_\_

residente tarjeta de #: \_\_\_\_\_ Exp fecha: \_\_\_\_\_

posición: JW o aprendiz (círculo uno)

Su tamaño (por favor circule su tamaño)

Sudadera & camiseta SM, M, L, XL, XXL

Jacket & chaleco SM, M, L, XL, XXL

Firma: \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_\_\_

Por Favor Conteste Todas Las Preguntas. Resúmenes No Son Un Substituto Para Una Solicitud Completada.

Somos un empleador de igualdad de oportunidad. Los solicitantes son considerados para posiciones no importa la raza, religión, sexo, origen nacionalidad, incapacidad, o cualquier otra consideración hecha ilegal por las leyes federales, estatales o locales.

ESTA COMPAÑÍA ES UN EMPLEADOR EN BASE A VOLUNTAD COMO PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE DEL ESTADO. ESTO QUIERE DECIR QUE A PESAR DE CUALQUIER PROVISIÓN EN ESTA APLICACIÓN, SI SOY EMPLEADO, LA COMPAÑÍA O YO PODEMOS TERMINAR MI EMPLEO EN CUALQUIER MOMENTO, POR CUALQUIER RAZÓN, CON O SIN CAUSA O AVISO PREVIO.

Posición Solicitada \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

# de Tel. ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Tel. Alterno o Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección Actual \_\_\_\_\_  
Calle, # Apt. o Unidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Tiempo Viviendo Allí \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Años / Meses

Dirección Previos \_\_\_\_\_  
Calle, # Apt. o Unidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Tiempo Viviendo Allí \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Años / Meses

Salario Deseado/Tarifa por Hora \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 años de edad, ¿puede usted producir el certificado de trabajo necesario al momento del empleo? Sí  No

Tipo de empleo deseado. Tiempo Completo  Tiempo Parcial  (Especifique Horas) \_\_\_\_\_

¿Está dispuesto a trabajar tiempo extra? Sí  No  Fecha en la que puede comenzar si recibe el empleo \_\_\_\_\_

¿Ha usted solicitado empleo previamente con esta Compañía? Sí  No

Si es Sí, ¿dónde y cuándo usted solicitó? \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted alguna vez empleado por esta Compañía? Sí  No  Si es Sí, provea fechas de empleo, localidad y razón por la separación de empleo. \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR LAS PRÓXIMAS DOS PREGUNTAS

1. Todos los solicitantes: No incluya convicciones que fueron selladas, erradicadas, anuladas, borradas por una corte, o convicciones que resultaron en un referido a un programa de diversión.
2. Solicitantes de Arizona, Colorado, Distrito de Columbia, Illinois, Kansas, Minnesota, Missouri, Montana, Nevada, Rhode Island, South Carolina, Utah: No contesten la segunda pregunta sobre arrestos.
3. Solicitantes de California: No incluya convicciones de delitos menores relacionados a marihuana que sean de más de dos años o convicciones de delitos menores por los cuales probatoria fue completada exitosamente o de otra manera relevado y el caso fue judicialmente retirado.
4. Solicitantes de Connecticut: Usted no está requerido a divulgar la existencia de cualquier arresto, cargo criminal, o convicción, de los cuales los récords han sido borrados. Récords criminales sujetos a ser borrados son récords referentes a el encuentro de una delincuencia o el hecho de que un niño fue un miembro de una familia con necesidades de servicios, una adjudicación como un ofensor joven, un cargo criminal que ha sido disuelto noliado, un cargo criminal por el cual la persona fue encontrada no culpable, o una convicción por la cual el ofensor recibió un perdón absoluto. Cualquier persona cuyos récords criminales han sido borrados es considerado como que nunca ha sido arrestado dentro del significado de la ley según aplica a los procedimientos en particular que han sido borrados, y puede ser juramentado.
5. Solicitantes del Distrito de Columbia y Washington: Limite cualquier respuesta a los últimos diez (10) años.
6. Solicitantes de Hawaii: No contesten las siguientes dos preguntas.
7. Solicitantes de Indiana: Referente a los arrestos, limite su respuesta a cargos pendientes por felonias y delitos menores de clase A que son de menor de un (1) año.

8. Solicitantes de Massachusetts: Limite cualquier respuesta sobre convicciones de delitos menores a los últimos cinco (5) años y aquellos que fueron una primera ofensa por ebriedad, asalto simple, alta velocidad, una violación menor de tráfico o perturbar la paz. Solicitantes con un récord sellado con el Comisionado de Probatoria de Massachusetts pueden contestar "No Récord" con respecto a: 1) todas las preguntas sobre convicciones previas o arrestos; 2) convicciones de delitos menores de más de cinco (5) años; y 3) primeras convicciones por asalto simple, ebriedad, velocidad violaciones menores de tráfico o perturbar la paz.
9. Solicitantes de Michigan: Referente a los arrestos, limite su respuesta a arrestos de felonías esperando convicción o disolución.
10. Solicitantes de Nueva York: Cualquier arrestos pendientes o acusaciones criminales pendientes deben ser reveladas. Usted no está requerido revelar los arrestos ni las acusaciones criminales que tuvieron como resultado acciones criminales o procedimientos que fue terminados a su favor. No revele acciones ni actos criminales que fueron sellados o fueron clasificados como sentencias de ofensor juvenil. Un ex ofensor que es negro puede, con pedido por escrito, recibir una declaración de la razón (las razones) para la negación dentro de 30 días del pedido del solicitante para dicha información.
11. Solicitantes de Oregon y Dakota del Norte: Referente a los arrestos, limite su respuesta a cargos pendientes que son de menos de un (1) año.
12. Solicitantes de Utah: Limite cualquier respuesta a convicciones de felonía solamente. No contesten la segunda pregunta sobre arrestos.

¿Se ha usted declarado culpable o "no contest" a, o ha sido convicto por cualquier ofensa criminal aparte de las excepciones listadas arriba?  
 Sí  No

¿Ha sido usted alguna vez arrestado por cualquier razón por lo que usted está actualmente afuera bajo fianza o por su propio reconocimiento hasta el juicio? Sí  No

OFENSAS CRIMINALES SOLAMENTE: Si usted contestó Sí, a cualquiera de las dos preguntas de arriba, por favor provea las fechas y explique de acuerdo a las instrucciones de arriba para que circunstancias individuales puedan ser consideradas.

*Convicciones criminales o arrestos no descalificarán automáticamente a un solicitante de un trabajo en particular. La Compañía considerará naturaleza del crimen, su seriedad, la relación substancial con las funciones y calificaciones de la posición, el número de ocurrencias, la edad solicitante al momento de la convicción, el lapso de tiempo desde el crimen, el historial completo de trabajo y educación del solicitante, referencias y recomendaciones de empleadores pasados, y la necesidad del negocio de cualquier exclusión requerida por ley.*

¿Ha usted alguna vez iniciado un acto de violencia en el trabajo? Sí  No

Si es Sí, por favor provea las fechas y explique para que las circunstancias individuales sean consideradas. (Una respuesta de "Sí" no necesariamente descalificará a un solicitante del empleo.)

Enumere todas las destrezas técnicas especiales que usted sienta lo califican para el trabajo que está solicitando (Por ejemplo, programación de computadoras/ lenguaje, programación, operación de equipo, herramientas o máquinas especiales, etc.)

| Educación                           | Nombre y Localidad De la Escuela | Curso de Estudio | Graduado? | # de Años Completado | Grado/Concentración |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------|-----------|----------------------|---------------------|
| Escuela Secundaria                  |                                  |                  |           |                      |                     |
| Colegio                             |                                  |                  |           |                      |                     |
| Bus./Tecn./Colegio De Oficio o Post |                                  |                  |           |                      |                     |

Honores Recibidos \_\_\_\_\_

Si aplicable, liste debajo cualquier otro nombre o nombres por el cual usted ha sido conocido, que sería necesario para permitir que la compañía confirme su récord de trabajo y educación. Por ejemplo, cambio de nombre, uso de nombres asumidos, apodos, etc.

\_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA DE TRABAJO**

Por favor enliste los nombres de sus empleadores presentes y o previos en orden cronológico con el empleador presente o ultimo primero. Cuente todos los periodos de tiempo incluyendo cualquier periodo de desempleo. Si es auto-empleado, supla el nombre del negocio y referencias de trabajo. Usted puede incluir cualquier trabajo desempeñado verificable en base voluntaria, internados, o servicio militar. Su fracaso en responder por completo cada pregunta puede descalificarlo para consideración de empleo.

Empleador

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <u>Nombre</u>  | <u>Dirección</u>  | <u>Tipo de Negocio</u>      |
| Tel. (    ) _____ - _____  | Fechas Empleado Desde _____ / _____ / _____   | Hasta _____ / _____ / _____ |
| Título del Trabajo _____   | Deberes _____   |                             |
| Nombre del Supervisor _____  | ¿Lo podemos contactar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es No, ¿porqué? _____ |                             |
| Salario Comienzo _____ Final _____   | Razón de Irse _____   |                             |
| ¿Qué diría este empleador es la razón por la que su empleo terminó? _____              |   |                             |
| ¿Qué cantidad de aviso le proveyó usted cuando renunció? Si es ninguna, explique _____ |   |                             |

Empleador

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <u>Nombre</u>  | <u>Dirección</u>  | <u>Tipo de Negocio</u>      |
| Tel. (    ) _____ - _____  | Fechas Empleado Desde _____ / _____ / _____   | Hasta _____ / _____ / _____ |
| Título del Trabajo _____   | Deberes _____   |                             |
| Nombre del Supervisor _____  | ¿Lo podemos contactar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es No, ¿porqué? _____ |                             |
| Salario Comienzo _____ Final _____   | Razón de Irse _____   |                             |
| ¿Qué diría este empleador es la razón por la que su empleo terminó? _____              |   |                             |
| ¿Qué cantidad de aviso le proveyó usted cuando renunció? Si es ninguna, explique _____ |   |                             |

Empleador

|  |   |                             |
|--|---|-----------------------------|
| <u>Nombre</u>  | <u>Dirección</u>  | <u>Tipo de Negocio</u>      |
| Tel. (    ) _____ - _____  | Fechas Empleado Desde _____ / _____ / _____   | Hasta _____ / _____ / _____ |
| Título del Trabajo _____   | Deberes _____   |                             |
| Nombre del Supervisor _____  | ¿Lo podemos contactar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es No, ¿porqué? _____ |                             |
| Salario Comienzo _____ Final _____   | Razón de Irse _____   |                             |
| ¿Qué diría este empleador es la razón por la que su empleo terminó? _____              |   |                             |
| ¿Qué cantidad de aviso le proveyó usted cuando renunció? Si es ninguna, explique _____ |   |                             |

Por favor explique todos los vacios en su historial de empleo en exceso de un mes.

¿Ha sido alguna vez usted despedido o pedido a que renuncie de cualquier trabajo? Sí  No  Si respondió Sí, cuantas veces? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su empleo alguna vez terminado por acuerdo mutuo? Sí  No  Si respondió Sí, cuantas veces? \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted alguna vez dado la elección de renunciar en lugar de ser despedido? Sí  No  Si respondió Sí, cuantas veces? \_\_\_\_\_

Si usted contestó "Sí" a cualquiera de las tres preguntas de arriba, por favor explique las circunstancias de cada una de las ocasiones.

**REFERENCIAS**

Por favor enliste los nombres de referencias adicionales relacionadas al trabajo. Individuos sin experiencia de trabajo previa pueden enlistar referencias relacionadas a la escuela o voluntarias.

| NOMBRE | POSICIÓN | COMPAÑÍA | RELACIÓN DE TRABAJO<br>(ej., supervisor, compañero) | TELÉFONO |
|--------|----------|----------|---|----------|
|        |          |          |   |          |
|        |          |          |   |          |

Por favor enliste los nombres de referencias personales (no empleadores previos o parientes) que lo conozcan bien y podamos contactar.

| NOMBRE | OCUPACIÓN | DIRECCIÓN | TELÉFONO | # DE AÑOS CONOCIDO |
|--------|-----------|-----------|----------|--------------------|
|        |           |           |          |                    |
|        |           |           |          |                    |

## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo entiendo y acuerdo que si el manejar es un requisito del trabajo para el que estoy solicitando, mi empleo y/o empleo continuo es contingente en la posesión de una licencia válida de conducir del estado en el cual vivo y seguro de responsabilidad de automóvil en una cantidad igual al mínimo requerido por el estado donde resido.

Yo entiendo que la Compañía puede tener ahora, o puede establecer, un lugar de trabajo libre de drogas o un programa de pruebas de alcohol y/o drogas consistente con la ley federal, estatal y local aplicable. Si la Compañía tiene dicho programa y soy ofrecido una oferta de empleo condicional, yo entiendo que si la prueba de alcohol y/o drogas de pre-empleo resulta positiva, la oferta de empleo puede ser retirada. Yo acuerdo en trabajar bajo las condiciones que requieren un lugar de trabajo libre de drogas, consistente con la ley federal, estatal y local aplicable. Yo también entiendo que todos los empleados de la localidad, consiguiente con la política de la Compañía y la ley federal, estatal y local, pueden ser sujetos a pruebas de orina y/o sangre u otras pruebas reconocidas médicamente designadas para detectar la presencia de alcohol o drogas ilegales o controladas. Si recibo el empleo, yo entiendo que el tomar pruebas de alcohol y/o drogas es una condición de la continuación del empleo y acuerdo en someterme a las pruebas de alcohol y drogas consistente con las políticas de la Compañía y la ley federal, estatal y local aplicable.

Si recibo empleo por la Compañía, yo entiendo y acuerdo que la Compañía, al extento permitido por la ley federal, estatal y local, puede ejercer su derecho, sin aviso o advertencia previa, de conducir investigaciones de propiedad (incluyendo, pero no limitado a, archivos, lockers, escritorios, vehículos, y computadoras) y, en ciertas circunstancias, mi propiedad personal.

Yo entiendo y acuerdo que como una condición de empleo y al extento permitido por la ley federal, estatal y local, yo puedo ser requerido a firmar una declaración de confidencialidad, acuerdo restrictivo, conflicto de interés, y/o un acuerdo a arbitrar.

Yo certifico que toda la información en esta solicitud, mi resume, o cualquier documento apoyante que yo pueda presentar durante mi entrevista es y será completa y exacta con mi mejor conocimiento. Yo entiendo que cualquier falsificación, mala representación, u omisión de cualquier información puede resultar en la descalificación de la consideración para empleo o, si es empleado, acción disciplinaria, hasta e incluyendo despido inmediato.

ESTA COMPAÑÍA ES UN EMPLEADOR EN BASE A VOLUNTAD COMO PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE DEL ESTADO. ESTO QUIERE DECIR QUE A PESAR DE CUALQUIER PROVISIÓN EN ESTA APLICACIÓN, SI SOY EMPLEADO, LA COMPAÑÍA O YO PODEMOS TERMINAR MI EMPLEO EN CUALQUIER MOMENTO, POR CUALQUIER RAZÓN, CON O SIN CAUSA O AVISO PREVIO. NADA EN ESTA APLICACIÓN O EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO O DECLARACIÓN, ESCRITA O ORAL, PUEDE LIMITAR EL DERECHO A TERMINAR EL EMPLEO A BASE A VOLUNTAD. NINGÚN OFICIAL, EMPLEADO O REPRESENTANTE DE LA COMPAÑÍA ESTA AUTORIZADO A ENTRAR EN UN CONTRATO EXPRESE O IMPLICADO - CONMIGO O CON CUALQUIER OTRO SOLICITANTE POR EMPLEO POR UN TIEMPO FIJO A MENOS QUE TAL CONTRATO SEA POR ESCRITO Y FIRMADO POR EL PRESIDENTE DE LA COMPAÑÍA.

SI SOY EMPLEADO, CONCUERDO A CONFORMARME A LAS REGLAS Y REGULACIONES DE LA COMPAÑÍA, Y ENTIENDO QUE LA COMPAÑÍA TIENE DISCRECIÓN COMPLETA A MODIFICAR ESAS REGLAS Y REGULACIONES EN CUALQUIER MOMENTO, EXCEPTO QUE NO MODIFICARA SU PÓLIZA DE EMPLEO EN BASE A VOLUNTAD.

Yo autorizo a la Compañía o sus agentes a que confirmen todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y/o resume según se relaciona con la posición que estoy buscando y al extento permitido por la ley federal, estatal y local. Yo acuerdo en completar cualquier formulario de autorización requisito para una investigación de fondo.

Yo autorizo y consiento a, sin reservación, a cualquier partido o agencia contactada por este empleador a proveer la información mencionada arriba. Yo aquí relevo, descargo, y sujeto sin daños, al extento permitido por la ley federal, estatal y local, a cualquier partido que provea información a la Compañía o a sus representantes autorizados consiguiente a esta autorización de cualquier responsabilidad, reclamos, cargos, o causas de acción las cuales yo pueda tener como resultado de la entrega o divulgación del pedido de información de arriba. Yo aquí relevo de responsabilidad a la Compañía y a sus representantes por buscar dicha información y a todas las demás personas, corporaciones, u organizaciones que provean dicha información.

Si recibo empleo por esta Compañía, yo entiendo que seré requerido a proveer documentación genuina estableciendo mi identidad y elegibilidad para ser empleado legalmente en los Estados Unidos por esta Compañía. Yo también entiendo que esta Compañía emplea solamente individuos que son legalmente elegibles para trabajar en los Estados Unidos.

ESTA SOLICITUD SERÁ CONSIDERADA ACTIVA POR UN MÁXIMO DE SESENTA (60) DÍAS. SI USTED DESEA SER CONSIDERADO PARA EMPLEO LUEGO DE ESTE TIEMPO, USTED TIENE QUE VOLVER A SOLICITAR.

YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROVISTO EN ESTA SOLICITUD ES CORRECTA, EXACTA, Y COMPLETA.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Si el solicitante es un menor de edad, el relevo anterior y consentimiento tiene que ser firmado por el padre o guardián legal del solicitante. La firma del padre o guardián legal del solicitante constituye reconocimiento por el solicitante y del padre o guardián legal que la Compañía, al extento permitido por la ley federal, estatal y local, puede examinar al solicitante para substancias controladas, conducir inspecciones de propiedad, y comunicar resultados de pruebas al personal de la Compañía que necesite saber, el solicitante, y el guardián legal del solicitante.

\_\_\_\_\_  
Padre/ Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

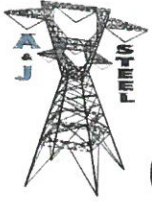
**BAJO LA LEY DE MARYLAND, UN EMPLEADOR NO PUEDE REQUERIR O DEMANDAR, COMO UNA CONDICIÓN DE EMPLEO, EMPLEO PROSPECTO, O EMPLEO CONTINUO, QUE UN INDIVIDUO SE SOMETA A O TOME UNA PRUEBA DE DETECTAR MENTIRAS, PRUEBA DE POLIGRAFO O UNA SIMILAR. UN EMPLEADOR QUE VIOLE ESTA LEY ES CULPABLE DE UN DELITO MENOR Y ES SUJETO A UNA MULTA QUE NO EXCEDA \$100.**  
**Yo he leído y entiendo la declaración de arriba.**

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BAJO LA LEY DE MASSACHUSETTS, ES ILEGAL PARA UN EMPLEADOR REQUERIR O ADMINISTRAR UNA PRUEBA DE DETECTOR DE MENTIRAS, PRUEBA DE POLIGRAFO O UNA SIMILAR, COMO UNA CONDICIÓN DE EMPLEO O DE EMPLEO CONTINUO.

LA LEY FEDERAL Y/O ESTATAL PUEDE PROHIBIR EL USO DE DETECTORES DE MENTIRAS, POLÍGRAFOS O PRUEBA SIMILARES TAMBIÉN.

ESTA SOLICITUD NO PUEDE SER APLICABLE PARA TODAS LAS INDUSTRIAS.



# Contacto de emergencia de empleados

EMPLEADO NOMBRE: \_\_\_\_\_

## **CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## **CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉDICO condiciones (actual médica condiciones le como a parte con U.S. EMERGENCY para fines):**

---

---

---

---

---

---

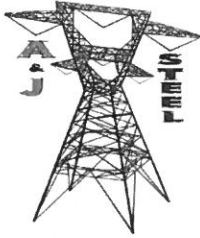
---

---

---

---





## RECEPCIÓN Y RECONOCIMIENTO DE EMPRESA MANUAL

**LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES, MUESTRA A CONTINUACIÓN Y VOLVER A LA GESTIÓN.**

Reconocimiento y recibo del manual del empleado

He leído y recibido una copia de A & J acero refuerzo Services, Inc., manual. Entiendo que las políticas y beneficios descritos en el mismo están sujetas a cambios a discreción de A & J acero refuerzo Services, Inc., en cualquier momento.

En le empleo

Entiendo que mi empleo es a voluntad y ni yo ni A & J acero refuerzo Services, Inc., ha firmado un contrato con respecto a la duración de mi empleo. Soy libre rescindir mi contrato con la empresa en cualquier momento, con o sin razón. Asimismo, A & J acero refuerzo Services, Inc., tiene el derecho de terminar mi empleo u otra disciplina, transferencia, o me volver en cualquier momento, con o sin motivo, a discreción de A & J acero refuerzo Services, Inc. Ningún empleado de A & J acero refuerzo Services, Inc., pueden entrar en un contrato de trabajo por un período específico de tiempo o hacer cualquier acuerdo contrato durante un período determinado de tiempo, o hacer cualquier acuerdo contrato a esta política sin la aprobación escrita de la gerencia.

---

Posición de nombre del empleado

---

Fecha de firma del empleado



## A&J Steel Reinforcing Services Inc.

### Formulario de acuerdo de depósito directo

#### Acuerdo de autorización

Por la presente autorizo A & J acero refuerzo Services Inc. para iniciar de depósitos automáticos a mi cuenta en la institución financiera nombrado abajo. También autorizo A & J acero refuerzo Services Inc. para hacer retiros de esta cuenta en caso de que un crédito se hace entrada en error.

Además, estoy de acuerdo no a mantener A & J acero refuerzo Services Inc. responsable de cualquier retraso o pérdida de fondos debido a información incorrecta o incompleta proporcionada por mí o por mi institución financiera o a un error por parte de mi institución financiera de depósito de fondos a mi cuenta.

Este contrato permanecerá en efecto hasta que A & J acero refuerzo Services Inc. recibe un aviso escrito de cancelación de mí o de mi institución financiera, o hasta enviar un nuevo formulario de depósito directo al Departamento de nómina.

#### Información de la cuenta

Nombre de la institución  
financiera:

---

Número de enrutamiento:

---

Número de cuenta:

---

control |  ahorro

#### Firma

Firma autorizada (primaria):

---

Fecha: 

---

Firma autorizada (empalme):

---

Fecha: 

---



**A & J acero refuerzo Services, Inc.**  
**Droga detección, verificación de antecedentes penales y registros de vehículos de Motor**

Como parte de nuestra política de trabajo libre de drogas, la compañía realiza una pantalla de droga de pre empleo de todos los empleados potenciales. También se reserva el derecho para realizar pantallas de drogas al azar, después del accidente y razonable suspicacia/causa de empleados existentes.

Entiendo la política de la pantalla de drogas, que incluye una pantalla de droga de pre empleo, y que estoy sujeto a pantallas de drogas en curso durante mi permanencia con la empresa.

Autorizo a todas las pantallas de drogas que estoy sujeto a.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado fecha

Como parte de nuestros esfuerzos para crear un ambiente de trabajo seguro para nuestros empleados, se reserva el derecho a realizar controles de antecedentes penales de todos los empleados potenciales. Administración reserva el derecho de realizar comprobaciones de antecedentes criminales al azar a los empleados existentes.

Entiendo la política de medio ambiente de trabajo seguro de empresa que incluye una verificación de antecedentes penales antes de la contratación y antecedentes criminales al azar comprueba durante mi permanencia con la empresa.

Autorizo a todos los controles de antecedentes penales que estoy sujeto a.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado fecha

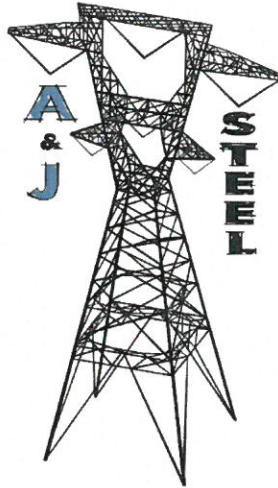
Como parte de nuestra política de conducción segura y como un requisito de nuestra compañía de seguros, la empresa realizará una comprobación de registro de vehículo de motor en todos los empleados para verificar la asegurabilidad. También se reserva el derecho a por vehículos al azar registro controles en los empleados.

Entiendo la política de conducción segura y requisito seguro que incluye un registro inicial de vehículo de motor verificación en mi historial de conducción y registro de vehículo de motor al azar comprueba a lo largo de mi permanencia con la empresa.

Autorizo a todos cheques registro de vehículo de motor que estoy sujeto a.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado fecha

4047 W Interstate 30  
Caddo Mills, Texas 75135  
(903) 454-2096



## Alcohol y drogas de abuso

A & J acero refuerzo Services, Inc., es un lugar de trabajo libre de drogas. El propósito de esta política es garantizar la seguridad de todos los empleados y para promover la productividad. Esta política se aplica a todos los empleados, contratistas y trabajadores temporales. Sustancias cubiertas por esta política incluyen alcohol, drogas ilegales, inhalables, prescripción y medicamentos de venta libre.

Nos reservamos el derecho a inspeccionar nuestras instalaciones para estas sustancias. Nos reservamos el derecho de realizar pruebas de alcohol y drogas en cualquier momento. Podemos rescindir su contrato si usted viola esta política, se niegan a ser probado, o proporcionar información falsa.

**Definiciones bajo esta política de .** Una "sustancia" incluye alcohol, drogas ilegales, inhalables, prescripción y medicamentos de receta. Una "droga" es cualquier sustancia que es ilegal utilizar, poseer, vender o transferir.

"Parafernalia de la droga" es objetos utilizados o destinados a utilizarse en la fabricación, envasado, ocultar, inyectar, inhalar o consumir drogas ilegales o inhalantes.

Un "medicamento" es cualquier sustancia prescrita para una persona por un médico con licencia.

Un "inhalante" es cualquier sustancia que produce efectos de alteración mental cuando se inhalan.

Estás "bajo la influencia" Si cualquier sustancia:

- deteriora su conducta o su capacidad para trabajar de forma segura y productiva;

- los resultados en una condición física o mental que crea un riesgo para su propia seguridad, la seguridad de los demás, o compañía de propiedad; o
- es demostrado para estar presente en su cuerpo, mediante pruebas de laboratorio, en más de un rastro identificable.

"Empresa local" incluyen nuestros edificios, jardines, estacionamientos y vehículos de la empresa proporcionado.

**Las reglas de la empresa.** Debe seguir estas reglas mientras estás en instalaciones de la empresa y llevar a cabo la empresa. Las reglas aplican cualquier lugar llevar a cabo la empresa, incluyendo su propio vehículo o un vehículo de la compañía:

1. puede no usar, poseer o estar bajo la influencia del alcohol en instalaciones de la empresa. Si aprueba la gestión, se puede beber moderadamente en determinados fuera de los locales, negocios relacionados con reuniones o reuniones sociales.
2. puede no usar, poseer o estar bajo la influencia de drogas ilegales.
3. puede no vender, comprar, transferir o distribuir cualquier medicamentos. Es contra la ley hacerlo, y nos informará de tales acciones a las autoridades.
4. no puede usar, poseen, vender, comprar, transferir o distribuir parafernalia de drogas.
5. usted no puede usar o estar bajo la influencia de los inhalantes.
6. usted debe seguir estas reglas si usted toma medicamentos prescritos o sin receta médica en el trabajo.
  - Puede usar un medicamento sólo si un proveedor de atención médica con licencia prescrito para usted en el último año.
  - Puede utilizar medicamentos prescritos o sin receta médica sólo si generalmente no afectan su capacidad para trabajar de forma segura.
  - Debe seguir las instrucciones, incluyendo dosis y precauciones de uso.
  - Debe mantener estos medicamentos en sus envases originales o traer solamente una fuente de un día.

La empresa puede consultar con un médico para determinar si una prescripción o receta droga puede crear un riesgo si lo usas en el trabajo. La compañía puede cambiar sus obligaciones de trabajo o restringir el trabajo mientras usted está usando una receta o medicamento sin receta que crea un riesgo.

7. usted no puede utilizar maquinaria mientras esté tomando medicamentos prescritos o sin receta que deterioran su capacidad de trabajar en forma segura. Esto incluye vehículos. Usted debe cooperar con cualquier investigación de abuso de sustancias. Una investigación puede incluir pruebas para detectar el uso de alcohol, drogas o inhalantes.

**Pruebas.** Pueden incluir pruebas de orina, sangre o pruebas de alcoholemia. Antes de la prueba, usted tendrá la oportunidad de explicar el uso de alguna droga. Vamos a seguir las leyes para mantener confidencial los resultados de la prueba.

**Asistencia.** Nuestro programa de asistencia para empleados ofrece educación sobre el abuso de drogas y alcohol. Usted también puede obtener asesoramiento sobre abuso de sustancias y otras cuestiones. Para más información, llame al programa de asistencia de empleados en (903) 454-2096.

**Acuerdo para la política.**

He recibido y leído una copia de la política de abuso de drogas y alcohol para A & J acero refuerzo Services, Inc. Estoy de acuerdo en seguir las reglas en la política.

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado (imprimido)

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo fecha

\_\_\_\_\_

Date



## RECONOCIMIENTO DE EMPLEADO DE LA RED DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES

He recibido información que me dice como tener un seguro de salud en compensación a los trabajadores.

Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en la zona de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Debo elegir a un médico tratante de la lista de médicos en la red. O puedo pedirle a mi médico de atención primaria de la HMO a aceptar como mi doctor tratante.
2. Debo ir a mi médico para los servicios de salud para mi lesión. Si necesito a un especialista, mi doctor tratante me referirá. Caso de necesitar atención de emergencia, puedo ir a cualquier parte.
3. La compañía de seguros tendrá que pagar el tratamiento médico y otros proveedores de red.
4. Podría haber que pagar la factura si tengo cuidado de la salud de alguien diferente a un médico de la red sin la aprobación de la red.

\_\_\_\_\_  
Firma fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

I live at: \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal



**A & J Steel Reinforcing Services, Inc.**  
**Política para La Igualdad de Oportunidades en el Empleo**

---

A & J Steel Reinforcing Services, Inc., es una empresa que da igualdad de oportunidades en el empleo y mantiene un ambiente laboral libre de discriminación ilegal.

Es la política de esta empresa que los solicitantes de empleo y los empleados, durante su periodo de empleo, serán tratados sin considerar su raza, religión, color, origen nacional, edad, sexo, o discapacidad. Tal acción incluirá: empleo, ascenso, descenso, o traslado; reclutamiento, o anuncios de reclutamiento; despido o terminación; nivel de sueldo u otras formas de compensación; Y selección para entrenamiento como aprendiz, pre-aprendiz, y / o capacitación en el puesto de trabajo.

Todos los empleados actuales están motivados a reclutar a minorías o mujeres cuando hay oportunidad de llenar un puesto.

Todos los empleados están motivados a pedir información sobre programas adicionales de capacitación laboral y los requisitos para tales programas.

Cualquier queja de discriminación alegada por parte de esta empresa, sus supervisores o empleados, o cualquier persona u organización actuando por parte de esta empresa debe estar reportada por inmediato siguiendo las pautas para reportar quejas de la empresa. La empresa investigará por inmediato todas las quejas alegadas de discriminación y hará un esfuerzo para resolver tales quejas. Si una investigación muestra que la queja es válida, acciones inmediatas, correctivas y efectivas estarán tomadas. La empresa asegura que el que reporta la queja será protegido de cualquier forma de acción de represalia.

También se pueden presentar quejas con las agencias siguientes:

La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC)  
(800) 669-4000

La Comisión de la Fuerza Laboral de Texas - División de Derechos Civiles (TWC-CRD)  
(888) 452-4778

  
\_\_\_\_\_  
Antoinette Greenlee  
Firma del Presidente & del Encargado de EEO

4047 W Interstate 30  
Caddo Mills, Texas 75135  
(903) 454-2096





**A & J Steel Reinforcing Services, Inc.  
EEO Policy Employee Acknowledgment**

---

Reconozco que he recibido, leído y entiendo los procedimientos de implementación y política de A & J Steel Reinforcing Services, Inc. que me han proporcionado. Si tengo preguntas sobre la política y el procedimiento, debo contactar a Antoinette Greenlee, Oficial de EEO al (903) 454-2096.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EEOC Self - Identificación**  
 Departamento de recursos humanos y la diversidad  
 de la fuerza de trabajo Oficina U5605-IBNI (R11/07)

| Empleado nombre (último, primero, inicial media) | DEPARTAMENTO DE | EMP<br>identificación |
|--|-----------------|-----------------------|
|  |                 |                       |

Por favor identificar la categoría racial/étnica se identifica más estrechamente con colocando una "X" en la casilla correspondiente dentro de una de las dos siguientes categorías: no hispanos o hispanos. El propósito de la información solicitada es cumplir con las obligaciones legales del laboratorio como contratista Federal. (Vea el reverso para la notificación de privacidad).

| <b>NO HISPANOS</b>  |  |
|---|--|
| <b>Blanco</b> (no hispano o Latino)   | Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, norte de África o medio Oriente.   |
| <b>Negro o afroamericano</b> – (no hispano o Latino)  | Personas con orígenes en cualquier grupo racial negro de África.   |
| <b>Asia</b> (no hispano o Latino)   |  |
| Chino/chino-americano: Las personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de China.<br>Japonés/japonés-americano: Las personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Japón.<br>Filipino/Pilipino: Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de las Islas Filipinas.<br>Pakistán/India: Las personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del subcontinente indio (India y Pakistán).<br>Otros asiáticos: Las personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del extremo Oriente (incluyendo Corea, Malasia, Camboya, Tailandia y Vietnam) y Asia Sur-Oriental. |  |
| <b>América Indio o A I como k un N Apositivo</b> (no hispano o Latino)  | Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de norte y Sudamérica (incluso Centroamérica) que mantiene afiliación o apego comunitario tribu. |
| <b>Nativohawaianoootrosisleño del Pacífico</b> (No hispano o Latino)  | Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa y otras islas del Pacífico   |
| <b>dos o más razas/etnias</b> (No hispano o Latino)   | Personas que se identifican con más de una de las razas/etnias arriba.   |
| <b>HISPANO o Latino</b>   |  |
| <b>HISPANOS o latinos (incluyendo a individuos negros cuyos orígenes son hispanos)</b>  |  |
| Mexicano/mexicano-estadounidense/Chicano: Personas de origen, sin importar la raza o la cultura mexicana.<br>Latin-American/Latino: Las personas de origen, sin importar la raza o cultura latinoamericana (por ejemplo, América Central, América del sur, cubano, puertorriqueño).<br>Otro español/español-americano mencionados: las personas de cultura u origen, no incluidos en ninguna de las categorías hispana mencionadas Español  |  |
| <b>Género</b>   |  |
| Hombre  |  |
| Mujer   |  |
| <b>C HOOSE TO no identidad</b>  |  |
| Eligen no identificarse.  |  |

Todas las cuestiones étnicas, veteranos o identificación con discapacidad deben hacerse en el IBNI oficina de empleo igualdad de oportunidad.

RETN: Destruir después de la entrada de datos

---

### VER REVERSO PARA LAS NOTIFICACIONES DE PRIVACIDAD

---

Por favor, coloque una "X" en cada una de las casillas que apliquen en su caso (más de una categoría puede ser aplicable). Deje en blanco si no aplica.

#### Individual con A discapacidad STATUS código

Un individual con una discapacidad es una persona que tiene un físico o mental discapacidad que substancialmente limita una o más de las actividades principales de tal persona, o que tiene un historial de tal impedimento.

---

#### Código de condición de veterano de VIETNAM-ERA

---

Veterano de la Era de Vietnam, una persona que:

1. Trabajado en servicio activo durante un período de más de 180 días y fue descargado o lanzado ella con que no sea una descarga dishonorable, si cualquier parte de tal activo ocurrió: a. en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo, 1975; o b. entre agosto 5, 1964 y 07 de mayo de 1975, en los demás casos; o
2. Fue descargado o liberado del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio si cualquier parte de tal activo se realizó, a. en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y 07 de mayo de 1975; o b. entre 05 de agosto de 1964 y el 07 de mayo de 1975, en el resto casos.

---

#### Código de condición de veterano de guerra/campaña/expedición

---

Un veterano que sirvió en el servicio activo en el ejército de Estados Unidos, tierra, naval o aéreo servicio durante una guerra o una campaña o expedición para la cual una insignia de campaña haya sido autorizada.

---

#### un r m e d forces servce medal veteran

---

Fuerzas armadas servicio medalla veterano significa: un veterano que, mientras servía en el servicio activo en el ejército de Estados Unidos, de tierra, naval o aéreo servicio, por-anticipadas en una operación militar de Estados Unidos, que fue galardonado con una medalla de servicio de las fuerzas armadas en virtud del Decreto Ejecutivo N° 12985. Para identificar las operaciones militares que cumplen con este criterio, revise el formulario DD 214, certificado de liberación o descarga del servicio activo.

---

#### d ISAB I ed veterano STATUS código

---

Veteranos discapacitados significa:

1. Un veterano de los Estados Unidos militares, de tierra, navales o servicio que tiene derecho a compensación de aire (o que pero para el recibo del militar retirado sueldo tendría derecho a indemnización) bajo las leyes administradas por la Secretaria de asuntos de veteranos; o
2. Una persona que fue descargada o lanzada de servicio activo debido a una relacionada con el servicio discapacidad.

---

#### Recientes I y Separated veterano

---

Cualquier veterano durante el período de tres años comienza el fecha de descarga de estos veteranos o lanzamiento del servicio activo en los Estados Unidos militares, de tierra, naval o servicio aéreo.

Separación fecha: \_\_\_\_\_  
mes / día / año

---

**Militar y OPERaciones desde 1937 para que A CAMPAIGN o Expeditionary medalla ha sido Awarded, a excepción de OPERaciones que ocurre durante el A declarado WAR**

**Operación militar incluido fechas**

Servicio de defensa americano (6)... 8 de septiembre, 1939 – diciembre 7, 1941  
Ejército de ocupación de Austria... 9 de mayo, 1945 – Julio 27, 1955  
Ejército de ocupación de Berlín... 9 de mayo, 1945 – 2 de octubre, 1990  
Ejército de ocupación de Alemania... 9 de mayo, 1945 – 5 de mayo, 1955  
Ejército de ocupación de Japón... 3 de septiembre, 1945 – abril 27, 1952  
Servicio de China... 7 de julio, 1937 – septiembre 7, 1939  
China medalla del servicio (extendida)... 2 de septiembre, 1945 – abril 1, medalla del servicio de la defensa de la Corea de 1957... 28 de julio de 1954-presente  
Servicio Coreano... 27 de junio, 1950 – Julio 27, 1954  
Campaña de Kosovo  
Operación aliada puerto... 4 de abril, 1999 – septiembre 1 de 1999  
Operación conjunta tutor... 11 de junio de 1999 – presente operación sostener esperanza / Brillantes de esperanza... 4 de abril, 1999 – julio 10, 1999  
Operación yunque Noble... 24 de marzo, 1999 – julio 20, 1999  
Operación Task Force Hawk... 5 de abril, 1999 – junio 24, 1999  
Operación fuerza de tarea Saber... 31 de marzo, 1999 – 8 de julio, 1999  
Operación fuerza de tarea halcón... , 11 de junio de 1999 – presente operación Task Force Hunter... 1 de abril, 1999 – 1 de noviembre, 1999  
Ocupación naval de Trieste... 8 de mayo, 1945 – octubre 25, 1954  
Ocupación armada de Austria... 8 de mayo, 1945 – octubre 25, 1955  
Unidades de la marina de guerra de la sexta flota... 9 de mayo, 1945 – octubre 25, 1955 sudeste Asia servicio (operaciones Escudo del desierto y tormenta del desierto)... 2 de agosto, 1990 – Noviembre 30 de 1995 Tailandia... 16 de mayo, 1962 – agosto 10, 1962  
Servicio de Vietnam... 4 de julio, 1965 – marzo 28, 1973

**Fuerzas armadas expedicionarias medalla (AFEMA) para estas operaciones:**

**Afganistán**

Operación libertad duradera... 24 de octubre de 00 operación libertad iraquí... 19 de marzo de 00  
Berlín ..... 14 de agosto, 1961 – junio 1, 1963

**Bosnia**

Operación común esfuerzo... Noviembre 20, 1995 – Diciembre 20, 1996  
Operación guardia conjunta... 20 de diciembre de 1996 – actualidad  
Operación conjunta fragua... 21 de junio, 1998 – presente Camboya... 29 de marzo, 1973 – agosto 15, 1973

**Evacuación de Camboya**

Operación Eagle tire... 11 de abril, 1975-Abril 13, 1975  
Congo ..... 14 de julio, 1960 – septiembre 1, 1962 y  
Noviembre 23, de 1964 a noviembre 27, 1964

Cuba ..... 24 de octubre, 1962 – junio 1, 1963

República Dominicana... 28 de abril, 1965 – septiembre 21, 1966

El Salvador ..... 1 de enero, 1981 – febrero 1, 1992

Guerra global contra el terrorismo... 11 de septiembre de 00

Grenada (Furia urgente de la operación)... 23 de octubre, 1983 – noviembre 21, 1983

Haití (operación defender democracia)... 16 de septiembre, 1994 – el 31 de marzo, 1995 Irak (primavera de desierto de operación)... 31 de diciembre, 1998 – diciembre 31, 2002 Iraq (operación libertad duradera)... 24 de octubre de 00

Iraq (operación libertad para Irak)... 19 de marzo de 00

Korea ..... 1 de octubre, 1966 – junio 30, 1974

Kosovo..... 24 de marzo de 1999 – presente

Laos..... 19 de abril, 1961 – octubre 7, 1962

Lebanon..... 1 de julio, 1958 – 1 de noviembre, 1958 y  
1 de junio, 1983 – diciembre 1, 1987

**Zona de Libia**

(Operación El Dorado Canyon)... 12 de abril, 1986 – Abril 17, 1986

Operación de Mayaguez... 15 de mayo de 1975

Panamá (operación causa justa)... 20 de diciembre, 1989 – enero 31, 1990 Golfo Pérsico (operación Earnest Will)... 24 de julio, 1987 – agosto 1, 1990 sudeste Asia

Reloj meridional de la operación... 1 de diciembre de 1995 – marzo 18, 2003

Operación centinela vigilante... 1 de diciembre, 1995 – febrero 1, 1997

Reloj norteño de la operación... 1 de enero, 1997 – marzo 18, 2003

Operación desierto Thunder... Noviembre 11, 1998 – diciembre 22, 1998

Operación desierto Fox... Diciembre 16, 1998 – diciembre 22, 1998 persa Golfo interceptar operación... 1 de diciembre, 1995 – presente

Islas de Matsuy y Quemoy... 23 de agosto, 1958-junio 1, 1963 Somalia (Operation Restore Hope y escudo Unido)... 5 de diciembre de 1992 – marzo 31, 1995

Estrecho de Taiwán... 23 de agosto, 1958 – enero 1, 1959  
 Thailand..... 16 de mayo, 1962 – agosto 10, 1962  
 Thailand..... 29 de marzo, 1973 – agosto 15, 1973  
 (Solamente aquellos en apoyo directo de las operaciones de Camboya)  
 Vietnam y Tailandia... 1 de julio, 1958 – julio 3, evacuación de Vietnam de 1965  
 Viento frecuente de la operación... 29 de abril, 1975 – abril 30, 1975

**Marina de guerra expedicionaria medalla y medalla Expedicionaria de infantería de Marina para estas operaciones:**

Cuba ..... 3 de enero, 1961 – octubre 23, 1962  
 Océano Índico/Irán... 21 de noviembre, 1979 – 20 de octubre de 1981  
 Irán/Yemen/Indian Ocean... 8 de diciembre, 1978 – junio 6, 1979  
 Lebanon..... 20 de agosto, 1982 – 31 de mayo, 1983  
 Liberia (operación filo)... 5 de agosto, 1990 – febrero 21, 1991  
 Libyan Area..... 20 de enero, 1986 – Junio 27, 1986  
 Panama ..... 1 de abril, 1980 – diciembre 19, 1986 y  
 1 de febrero, 1990 – Junio 13, 1990  
 Persian Gulf..... 1 de febrero, 1987 – julio 23, 1987  
 Rwanda (operación corredor de distancia)... 7 de abril, 1994 – abril 18, 1994  
 Thailand..... 16 de mayo, 1962 – agosto 10, 1962

**NOTIFICACIÓN DE  
 PRIVACIDAD**

(Revisada el 01 de octubre de 1998 para  
 U5605)

El estado de California información ley de prácticas de 1977 requiere el laboratorio proporcionar la siguiente información a las personas que piden información personal sobre sí mismos.

- 1.El propósito principal para solicitar la información en este formulario es cumplir con los requisitos federales siguientes: (i) título VII de la Civil ley de derechos de 1964, como enmendado (ii) orden ejecutiva 11246, como modificada; (iii) Sección 402 de la Vietnam Era Veterans reajuste ayuda ley de 1974, según enmendada; y (iv) Sección 503 de la Rehabilitation Act de 1973, según enmendada, así como de aplicación pertinentes normas.
- 2.La información suministrado en esto forma es utilizado para requiere agregados mano de obra datos informes a la federal gobierno y para la administración de programas de acción y recursos humanos de oportunidad/afirmativo igualdad de empleo de laboratorio. La información se dará a agencias de gobierno responsables de leyes derechos civiles si estas agencias solicitan dicha información, o lo requeridas por ley.
- 3.La información solicitada en este formulario es voluntaria. No hay ninguna penalización por no completar el forma.
- 4.Individuos tienen el derecho a revisar sus registros de acuerdo con las políticas de personal del laboratorio y la negociación colectiva acuerdos. Puede obtenerse información sobre las políticas aplicables y los acuerdos del Departamento de recursos humanos y diversidad oficina.
- 5.La laboratorio oficinas responsable para mantener la información suministrado en esto forma son la humana recursos Departamento de y diversidad oficina.

## Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305  
Numero de Control OMB 1250-0005  
Vence el 31/1/2020  
Página 1 de 2

### ¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.<sup>1</sup> Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

### ¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Ceguera
- Sordera
- Cáncer
- Diabetes
- Epilepsia
- Autismo
- Parálisis cerebral
- VIH/SIDA
- Esquizofrenia
- Distrofia muscular
- Trastorno bipolar
- Depresión aguda
- Esclerosis múltiple (EM)
- Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas
- Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)

#### **Favor marcar una de las casillas siguientes:**

- SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)
- NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD
- NO DESEO CONTESTAR

\_\_\_\_\_  
Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha del día de Hoy

## Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305  
Numero de Control OMB 1250-0005  
Vence el 31/1/2020  
Página 2 de 2

### Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

---

<sup>1</sup> Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en ingles) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.



**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<br>ZIP Code |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy)       | U.S. Social Security Number<br>[ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] |                         | 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): _____<br>Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</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.*

1. Alien Registration Number/USCIS Number: \_\_\_\_\_  
**OR**  
 2. Form I-94 Admission Number: \_\_\_\_\_  
**OR**  
 3. Foreign Passport Number: \_\_\_\_\_  
 Country of Issuance: \_\_\_\_\_

QR Code - Section 1  
Do Not Write In This Space

|                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| 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<br>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.")*

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

| List A<br>Identity and Employment Authorization | OR | List B<br>Identity                   | AND | List C<br>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<br>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       |       |          |
| Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) |   | City or Town                                   | State | ZIP Code |

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

|                                    |                         |                |  |  |
|------------------------------------|-------------------------|----------------|--|--|
| <b>A. New Name (if applicable)</b> |                         |                | <b>B. Date of Rehire (if applicable)</b> |  |
| 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<br>Documents that Establish<br>Both Identity and<br>Employment Authorization  | LIST B<br>Documents that Establish<br>Identity  | LIST C<br>Documents that Establish<br>Employment Authorization   |
|--|---|--|
| OR   | AND   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. U.S. Passport or U.S. Passport Card</li> <li>2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)</li> <li>3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa</li> <li>4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)</li> <li>5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Foreign passport; and</li> <li>b. Form I-94 or Form I-94A that has the following:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) The same name as the passport; and</li> <li>(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.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>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</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. School ID card with a photograph</li> <li>4. Voter's registration card</li> <li>5. U.S. Military card or draft record</li> <li>6. Military dependent's ID card</li> <li>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</li> <li>8. Native American tribal document</li> <li>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</li> <li style="text-align: center;"><b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b></li> <li>10. School record or report card</li> <li>11. Clinic, doctor, or hospital record</li> <li>12. Day-care or nursery school record</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT</li> <li>(2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION</li> <li>(3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION</li> </ol> </li> <li>2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545)</li> <li>3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350)</li> <li>4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal</li> <li>5. Native American tribal document</li> <li>6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)</li> <li>7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)</li> <li>8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security</li> </ol> |

Examples of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

# Form W-4 (2017)

**Purpose.** Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. Consider completing a new Form W-4 each year and when your personal or financial situation changes.

**Exemption from withholding.** If you are exempt, complete **only** lines 1, 2, 3, 4, and 7 and sign the form to validate it. Your exemption for 2017 expires February 15, 2018. See Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

**Note:** If another person can claim you as a dependent on his or her tax return, you can't claim exemption from withholding if your total income exceeds \$1,050 and includes more than \$350 of unearned income (for example, interest and dividends).

**Exceptions.** An employee may be able to claim exemption from withholding even if the employee is a dependent, if the employee:

- Is age 65 or older,
- Is blind, or
- Will claim adjustments to income; tax credits; or itemized deductions, on his or her tax return.

The exceptions don't apply to supplemental wages greater than \$1,000,000.

**Basic instructions.** If you aren't exempt, complete the **Personal Allowances Worksheet** below. The worksheets on page 2 further adjust your withholding allowances based on itemized deductions, certain credits, adjustments to income, or two-earners/multiple jobs situations.

Complete all worksheets that apply. However, you may claim fewer (or zero) allowances. For regular wages, withholding must be based on allowances you claimed and may not be a flat amount or percentage of wages.

**Head of household.** Generally, you can claim head of household filing status on your tax return only if you are unmarried and pay more than 50% of the costs of keeping up a home for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. See Pub. 501, Exemptions, Standard Deduction, and Filing Information, for information.

**Tax credits.** You can take projected tax credits into account in figuring your allowable number of withholding allowances. Credits for child or dependent care expenses and the child tax credit may be claimed using the **Personal Allowances Worksheet** below. See Pub. 505 for information on converting your other credits into withholding allowances.

**Nonwage income.** If you have a large amount of nonwage income, such as interest or dividends, consider making estimated tax payments using Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals. Otherwise, you may owe additional tax. If you have pension or annuity income, see Pub. 505 to find out if you should adjust your withholding on Form W-4 or W-4P.

**Two earners or multiple jobs.** If you have a working spouse or more than one job, figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using worksheets from only one Form W-4. Your withholding usually will be most accurate when all allowances are claimed on the Form W-4 for the highest paying job and zero allowances are claimed on the others. See Pub. 505 for details.

**Nonresident alien.** If you are a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

**Check your withholding.** After your Form W-4 takes effect, use Pub. 505 to see how the amount you are having withheld compares to your projected total tax for 2017. See Pub. 505, especially if your earnings exceed \$130,000 (Single) or \$180,000 (Married).

**Future developments.** Information about any future developments affecting Form W-4 (such as legislation enacted after we release it) will be posted at [www.irs.gov/w4](http://www.irs.gov/w4).

## Personal Allowances Worksheet (Keep for your records.)

|  |   |          |                 |
|--|---|----------|-----------------|
| <b>A</b>   | Enter "1" for <b>yourself</b> if no one else can claim you as a dependent . . . . .   | <b>A</b> | <u>        </u> |
| <b>B</b>   | Enter "1" if:<br><div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• You're single and have only one job; or</li> <li>• You're married, have only one job, and your spouse doesn't work; or</li> <li>• Your wages from a second job or your spouse's wages (or the total of both) are \$1,500 or less.</li> </ul> </div>  | <b>B</b> | <u>        </u> |
| <b>C</b>   | Enter "1" for your <b>spouse</b> . But, you may choose to enter "-0-" if you are married and have either a working spouse or more than one job. (Entering "-0-" may help you avoid having too little tax withheld.) . . . . .   | <b>C</b> | <u>        </u> |
| <b>D</b>   | Enter number of <b>dependents</b> (other than your spouse or yourself) you will claim on your tax return . . . . .  | <b>D</b> | <u>        </u> |
| <b>E</b>   | Enter "1" if you will file as <b>head of household</b> on your tax return (see conditions under <b>Head of household</b> above) . . . . .   | <b>E</b> | <u>        </u> |
| <b>F</b>   | Enter "1" if you have at least \$2,000 of <b>child or dependent care expenses</b> for which you plan to claim a credit . . . . .  | <b>F</b> | <u>        </u> |
| <b>(Note: Do not include child support payments. See Pub. 503, Child and Dependent Care Expenses, for details.)</b>  |   |          |                 |
| <b>G</b>   | <b>Child Tax Credit</b> (including additional child tax credit). See Pub. 972, Child Tax Credit, for more information.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• If your total income will be less than \$70,000 (\$100,000 if married), enter "2" for each eligible child; then less "1" if you have two to four eligible children or less "2" if you have five or more eligible children.</li> <li>• If your total income will be between \$70,000 and \$84,000 (\$100,000 and \$119,000 if married), enter "1" for each eligible child.</li> </ul> | <b>G</b> | <u>        </u> |
| <b>H</b>   | Add lines A through G and enter total here. <b>(Note: This may be different from the number of exemptions you claim on your tax return.)</b> ▶  | <b>H</b> | <u>        </u> |
| <p>For accuracy, complete all worksheets that apply. <br/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If you plan to <b>itemize</b> or <b>claim adjustments to income</b> and want to reduce your withholding, see the <b>Deductions and Adjustments Worksheet</b> on page 2.</li> <li>• If you are <b>single and have more than one job</b> or are <b>married and you and your spouse both work</b> and the combined earnings from all jobs exceed \$50,000 (\$20,000 if married), see the <b>Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet</b> on page 2 to avoid having too little tax withheld.</li> <li>• If <b>neither</b> of the above situations applies, <b>stop here</b> and enter the number from line H on line 5 of Form W-4 below.</li> </ul> </p> |   |          |                 |

----- Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the top part for your records. -----

|  |  |   |
|--|--|---|
| Form <b>W-4</b><br>Department of the Treasury<br>Internal Revenue Service  | <h2 style="margin: 0;">Employee's Withholding Allowance Certificate</h2> <p style="margin: 0;">▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.</p> | OMB No. 1545-0074<br><br><div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">2017</div>   |
| 1 Your first name and middle initial <span style="float: right;">Last name</span>  |  | 2 Your social security number   |
| Home address (number and street or rural route)  |  | 3 <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate.<br><b>Note:</b> If married, but legally separated, or spouse is a nonresident alien, check the "Single" box. |
| City or town, state, and ZIP code  |  | 4 If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. ▶ <input type="checkbox"/>   |
| 5 Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2)   |  | 5 <u>        </u>   |
| 6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck  |  | 6 \$ <u>        </u>  |
| 7 I claim exemption from withholding for 2017, and I certify that I meet <b>both</b> of the following conditions for exemption.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Last year I had a right to a refund of <b>all</b> federal income tax withheld because I had <b>no</b> tax liability, <b>and</b></li> <li>• This year I expect a refund of <b>all</b> federal income tax withheld because I expect to have <b>no</b> tax liability.</li> </ul> If you meet both conditions, write "Exempt" here . . . . . ▶ |  | 7 <u>        </u>   |
| Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.  |  |   |
| <b>Employee's signature</b><br>(This form is not valid unless you sign it.) ▶  |  | <b>Date</b> ▶   |
| 8 Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)  |  | 9 Office code (optional)  |
|  |  | 10 Employer identification number (EIN)   |

### Deductions and Adjustments Worksheet

**Note:** Use this worksheet *only* if you plan to itemize deductions or claim certain credits or adjustments to income.

- 1 Enter an estimate of your 2017 itemized deductions. These include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes, medical expenses in excess of 10% of your income, and miscellaneous deductions. For 2017, you may have to reduce your itemized deductions if your income is over \$313,800 and you're married filing jointly or you're a qualifying widow(er); \$287,650 if you're head of household; \$261,500 if you're single, not head of household and not a qualifying widow(er); or \$156,900 if you're married filing separately. See Pub. 505 for details. 1 \$ \_\_\_\_\_
- 2 Enter: 

|  |  |   |       |   |    |       |
|--|--|---|-------|---|----|-------|
| {  | \$12,700 if married filing jointly or qualifying widow(er) | } | _____ | 2 | \$ | _____ |
| \$9,350 if head of household                   | _____  |   |       |   |    |       |
| \$6,350 if single or married filing separately | _____  |   |       |   |    |       |
- 3 Subtract line 2 from line 1. If zero or less, enter "-0-" 3 \$ \_\_\_\_\_
- 4 Enter an estimate of your 2017 adjustments to income and any additional standard deduction (see Pub. 505) 4 \$ \_\_\_\_\_
- 5 Add lines 3 and 4 and enter the total. (Include any amount for credits from the *Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4* worksheet in Pub. 505.) 5 \$ \_\_\_\_\_
- 6 Enter an estimate of your 2017 nonwage income (such as dividends or interest) 6 \$ \_\_\_\_\_
- 7 Subtract line 6 from line 5. If zero or less, enter "-0-" 7 \$ \_\_\_\_\_
- 8 Divide the amount on line 7 by \$4,050 and enter the result here. Drop any fraction 8 \_\_\_\_\_
- 9 Enter the number from the **Personal Allowances Worksheet**, line H, page 1 9 \_\_\_\_\_
- 10 Add lines 8 and 9 and enter the total here. If you plan to use the **Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet**, also enter this total on line 1 below. Otherwise, **stop here** and enter this total on Form W-4, line 5, page 1 10 \_\_\_\_\_

### Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet (See *Two earners or multiple jobs* on page 1.)

**Note:** Use this worksheet *only* if the instructions under line H on page 1 direct you here.

- 1 Enter the number from line H, page 1 (or from line 10 above if you used the **Deductions and Adjustments Worksheet**) 1 \_\_\_\_\_
- 2 Find the number in **Table 1** below that applies to the **LOWEST** paying job and enter it here. **However**, if you are married filing jointly and wages from the highest paying job are \$65,000 or less, do not enter more than "3" 2 \_\_\_\_\_
- 3 If line 1 is **more than or equal to** line 2, subtract line 2 from line 1. Enter the result here (if zero, enter "-0-") and on Form W-4, line 5, page 1. **Do not** use the rest of this worksheet 3 \_\_\_\_\_

**Note:** If line 1 is **less than** line 2, enter "-0-" on Form W-4, line 5, page 1. Complete lines 4 through 9 below to figure the additional withholding amount necessary to avoid a year-end tax bill.

- 4 Enter the number from line 2 of this worksheet 4 \_\_\_\_\_
- 5 Enter the number from line 1 of this worksheet 5 \_\_\_\_\_
- 6 Subtract line 5 from line 4 6 \_\_\_\_\_
- 7 Find the amount in **Table 2** below that applies to the **HIGHEST** paying job and enter it here 7 \$ \_\_\_\_\_
- 8 Multiply line 7 by line 6 and enter the result here. This is the additional annual withholding needed 8 \$ \_\_\_\_\_
- 9 Divide line 8 by the number of pay periods remaining in 2017. For example, divide by 25 if you are paid every two weeks and you complete this form on a date in January when there are 25 pay periods remaining in 2017. Enter the result here and on Form W-4, line 6, page 1. This is the additional amount to be withheld from each paycheck 9 \$ \_\_\_\_\_

**Table 1**

**Table 2**

| Married Filing Jointly                      |                       | All Others                                  |                       | Married Filing Jointly                       |                       | All Others                                   |                       |
|---|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|
| If wages from <b>LOWEST</b> paying job are— | Enter on line 2 above | If wages from <b>LOWEST</b> paying job are— | Enter on line 2 above | If wages from <b>HIGHEST</b> paying job are— | Enter on line 7 above | If wages from <b>HIGHEST</b> paying job are— | Enter on line 7 above |
| \$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 and over                             | 1,600                 |
| 35,001 - 44,000                             | 5                     | 44,001 - 70,000                             | 5                     | 405,001 and over                             | 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 and over                            | 10                    |  |                       |  |                       |
| 95,001 - 115,000                            | 11                    |   |                       |  |                       |  |                       |
| 115,001 - 130,000                           | 12                    |   |                       |  |                       |  |                       |
| 130,001 - 140,000                           | 13                    |   |                       |  |                       |  |                       |
| 140,001 - 150,000                           | 14                    |   |                       |  |                       |  |                       |
| 150,001 and over                            | 15                    |   |                       |  |                       |  |                       |

**Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice.** We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person who claims no withholding allowances; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.