

Formulario de Nueva Contratación



PERFIL E INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Sección 1: Para Ser Completada Por El Empleado

Fecha de Hoy:		Numero de Seguro Social:	
Apellido:	Primer Nombre:	Nombre Medio:	
Dirección Calle De La Residencia:		Apto.:	
Cuidad:	Estado:	Código Postal:	
País:	Fecha De Nacimiento:		
Numero de Teléfono:		Dirección Electrónica (eMail):	
Numero de Licencia de Conducir:	Estado de la Licencia:	Diade Expiración:	
Contacto de Emergencia:		Relación:	
Teléfono Residencial:		Teléfono Alternado:	

La siguiente información es voluntaria y sera usada con el único propósito de reportar al EEOC.

Razo/Grupo Étnico: Caucásico (blanco) Americano Africano Hispano/Latino Do O Mas Rasas
 Nativo Americano/Alaska/Hawaiian Asiático

Sexo: Masculino Femenino

Nombre del Distrito Escolar/Código: Tiene Impuestos Locales: Si No

Por Favor Indique Cualquier Información:

Número de Impuestos:

Ciudad, Condado, Municipio,etc.:

Sección 2: Para Ser Completado Por El Cliente

Nombre del Cliente:	Fecha Original de Empleo:
Departamento del Empleado:	Localización:
Título de Puesto:	Comp Code:
FLSA Status: <input type="checkbox"/> No-Exento <input type="checkbox"/> Exento	
Tipo de Pago: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Por Pieza <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Estacional	
Horas Std:	Clase de Beneficios Ae Salud::
<input type="checkbox"/> Dueño/Oficial <input type="checkbox"/> Accionista	
Si ha sido reinstalado, fecha de reinstalacion:	

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Comprendo que la compañía (aquí referida como el Cliente), ha entrado en una asociación de arrendamiento de empleo a través de un contrato de servicio con Synuity; una organización patronal profesional. Con my firma reconozco que se me ha informado que seré un empleado arrendado de Synuity y sus afiliados asignados al Cliente.

Como empleado arrendado acepto que la relación con Synuity es una de empleo a voluntad. Mi situación de trabajo no garantiza empleo por un tiempo específico. Mi empleo con Synuity es voluntario por lo tanto somos libres de terminar la relación de empleo en cualquier momento, con o sin motivo y sin previo aviso. Además entiendo que la referencia de empleo a voluntad no cambia ningún acuerdo previo existente con el Cliente antes de que entrara en contrato con Synuity. El Cliente y/o mi supervisor inmediato determinarán mis responsabilidades de empleo, mi paga, mis horas laborales, mis oportunidades de trabajo y otros términos y condiciones de mi empleo.

Entiendo que mientras sea un empleado arrendado de Synuity éste me pagará el salario mínimo aplicable (o legalmente requerido) por los servicios que yo haya brindado aún cuando el Cliente no haya retribuido a Synuity por los mismos; yo apruebo este método de compensación. Acepto y entiendo que Synuity no está obligado a pagarme ninguna otra compensación o beneficio a menos que se especifique por medio de un contrato escrito con mi persona o si Synuity acepta la obligación del Cliente de pagar por tal compensación o beneficio. Entiendo que el Cliente para el cual he sido asignado permanece obligado a pagarme el precio de paga regular por hora si soy un empleado no exento o un salario completo si soy empleado exento; aun cuando el Cliente para el cual he sido asignado no haya compensado a Synuity. Entiendo y acepto que Synuity no asume la responsabilidad de recompensar por bonificación, comisiones, paga de separación, remuneración diferida, distribución de beneficios, vacaciones, paga por enfermedad, tiempo libre, o ningún otro pago si el Cliente para el cual he sido asignado no ha recompensado a Synuity por los mismos.

También convengo que si durante mi empleo tengo cualquier pregunta sobre los servicios administrativos que se me proveen como empleado arrendado (ejemplo: la exactitud de mi cheque de pago, sobre los beneficios disponibles; incluyendo Ausencia Médica de Familia o sobre asuntos de remuneración al trabajador); o si soy sujeto a cualquier forma de ostigamiento o discriminación ya sea por motivos de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, incapacidad, impedimento, edad y estado conyugal Si he sido sujeto a una represalia por haber reportado tal discriminación u ostigamiento tengo la responsabilidad de reportar esta acción inmediatamente al departamento de Recursos Humanos de Synuity llamando al 888.944.2667.

La Relación de Co-Patrono

Synuity es contratado para proveer servicios de recursos humanos a clientes y empleados a través de una relación de co-patrono. Las siguientes condiciones existen entre Synuity, el cliente y el empleado:

1. El empleado es un empleado administrado por Synuity pero bajo la supervisión y control del cliente.
2. El empleo es uno de mutuo acuerdo y es considerado una relación a voluntad por lo tanto no es un contrato de empleo. Synuity, el cliente o el empleado pueden dar por terminada la relación de empleo en cualquier momento, con o sin motivo y sin previa notificación.
3. El empleado acepta obedecer las reglas de empleo y conductas establecidas por Synuity y el cliente.
4. El nuevo empleado entiende que tendrá un período de 90 días de probatoria comenzando con el primer día de empleo con el cliente.
5. El empleado acepta obedecer con las reglas de exámen de droga que Synuity adopte; específicamente acepta tener una prueba de droga después de un accidente en el trabajo. Se le proveerá una copia de la política de la prueba de droga adoptada por Synuity.
6. El empleado entiende que como condición de empleo o continuación del mismo puede ser sometido a una investigación, que puede incluir y no es limitada, a antecedentes criminales, antecedentes de crédito e historial de licencia de conducir. La investigación se conducirá con una autorización escrita del empleado y en acuerdo al Acta del Reporte Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act).

Formulario de Nueva Contratación



Certifico que se me ha informado que si soy lesionado en el trabajo debo reportar el accidente inmediatamente a mi gerente aún cuando el accidente parezca insignificante. Si fallo en reportar la lesión mis beneficios bajo la ley de compensación al empleado pueden verse afectados o negados. En reconocimiento al hecho de que cualquier accidente laboral que pueda sufrir está cubierto por los estatutos de compensación al trabajador del estado, y para evitar incumplir con los estatutos atravéz de demandas legales basadas en las lecciones ocasionadas por tales accidentes, y dentro de lo permitido por ley, renuncio por este medio y para siempre a cualquier derecho que pueda tener de hacer reclamaciones o entablar demandas legales contra cualquier cliente de Synuity o contra Synuity por daños basados en las lesiones que están cubiertas bajo los estatutos de la compensación al trabajador.

Certifico que he leído, que comprendo y acepto las condiciones y los requerimientos antes mencionados. Yo entiendo que si mi empleo termina por alguna razón, yo tengo que contactar a Synuity dentro de setentados (72) horas para la posibilidad de una reasignación y que mis beneficios de desempleo pudieran ser negados si yo fallo en hacerlo. Entiendo que cualquier respuesta incorrecta, engaño u omisión de información en el proceso de contratación de trabajo es razón para negar o retirar la oferta de empleo. Si falsifico u omito información mientras soy empleado regular esto puede ser motivo de acción disciplinaria que puede incluir terminación de empleo. Entiendo y acepto que las respuestas sometidas o cualquier información ofrecida durante el proceso de contratación de empleo pueden ser investigadas y verificadas por Synuity hasta donde la ley lo permita.. Yo libero a Synuity, a sus oficiales, empleados, y agentes de cualquier reclamo, causas de acción legal, daños alegadamente ocasionados o relacionados por la investigación conducida por Synuity.

Entiendo que mi firma no altera ningún contrato que yo haya establecido anteriormente con el cliente para el cual he sido asignado como empleado rendado. Sin embargo no existe contrato de empleo entre Synuity y mi persona y entiendo que Synuity nose hace responsable ni acepta obligaciones bajo ningún contrato que yo haya podido tener con anterioridad.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 10/31/2022

► **EMPIECE AQUI:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración *(Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)*

Apellido (<i>Nombre Familiar</i>)		Primer Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado
Código Postal		Fecha de Nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)			Número de Seguro Social de EE.UU.	Dirección de correo electrónico del empleado
Número de Teléfono del Empleado						

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (<i>Vea las instrucciones</i>)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (<i>Vea las instrucciones</i>) <i>Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero</i> 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____
Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
(Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he asistido en completar la Sección 1 de este formulario, y que a mi mejor entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre Familiar</i>)		Primer Nombre (<i>Nombre de pila</i>)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado
		Código Postal	





Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 10/31/2022

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Información Adicional </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px;"></div>
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ *(Vea las instrucciones para excepciones)*

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)		Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones *(Para ser completado y firmado por el empleador o representante).*

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontratación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Nombre del Empleador o Representante Autorizado
--	---------------------------	---

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y uno de selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario. 6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el FSM o RMI 	O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo americano 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense <li style="text-align: center;">Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente: 10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones 11. Registro clínico, médico o de hospital 12. Registro guardería o escuela infantil 	Y	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones <ol style="list-style-type: none"> (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS. 2. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.

Autorización Para Cheque/ Ahorros Deposito Directo



Información General

Nombre del Cliente:		Fecha:
Nombre del Empleado:		SSN:
Departamento:	Posición:	

Yo autorizo y requiero Synuity que haga la siguiente deducción de nómina en cada período de pago:

Cuenta 1

Me Gustaría Que:

- Establecer una Nueva Cuenta de Depósito Directo
- Cambiar Mi Cuenta Actual de Depósito Directo
- Cancelar Mi Depósito Directo

Tipo de Cuenta:

- Cuenta de Cheques
- Cuenta de Ahorros

Tipo de Depósito:

- Depósito Total Depósito de Me Cheque Neto
- Depósito Parcial Depósito Directo de la Cantidad \$ _____ (porcientos no)

Información de la Cuenta:

Nombre de la Institución Bancaria: _____
Ruta/ABA: _____ # de Cuenta: _____

Cuenta 1

Me Gustaría Que:

- Establecer una Nueva Cuenta de Depósito Directo
- Cambiar Mi Cuenta Actual de Depósito Directo
- Cancelar Mi Depósito Directo

Tipo de Cuenta:

- Cuenta de Cheques
- Cuenta de Ahorros

Tipo de Depósito:

- Depósito Total Depósito de Me Cheque Neto
- Depósito Parcial Depósito Directo de la Cantidad \$ _____ (porcientos no)

Información de la Cuenta:

Nombre de la Institución Bancaria: _____
Ruta/ABA: _____ # de Cuenta: _____

Esta autorización permanecerá en efecto hasta que Synuity reciba notificación por escrito, a tiempo y de manera apropiada de mi parte para su terminación, para proveerle a Synuity y a la institución financiera la oportunidad de actuar de manera correspondiente.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

NOTA: Por favor espere tres ciclos de nómina para que se procese su cuenta.

Para cuentas de cheques– Por favor adjunte una copia de un cheque en blanco con la palabra“VOID” escrita. Papeles de depósito no son aceptados.

Para cuentas de ahorro – Puede adjuntar un papel de depósito de cuenta de ahorro.

Para tarjetas de debitos – Por favor no llenas estas paginas y completa los dos paginas proximas.