



Paquete de inscripción de empleados

Nombre del cliente: _____

Nombre del empleado: _____

Teléfono del empleado: _____

Correo electrónico del empleado: _____

Phoenix Payroll Solutions Phoenix Payroll Solutions II Phoenix Payroll Solutions III

Empleador que ofrece Igualdad de Oportunidades

Nos adherimos a una política que toma decisiones de empleo sin importar la raza, el color, la edad, el sexo, la religión, el origen nacional, la discapacidad o el estado civil.

Si necesita alguna adaptación razonable para completar este paquete, por favor, infórmenos.

Phoenix Payroll Solutions, Phoenix Payroll Solutions II y Phoenix Payroll Solutions III (en adelante, Phoenix) forman parte del grupo de empresas Phoenix Payroll Solutions, que presta servicios como coempleador a su empresa cliente/empleador del lugar de trabajo y a sus empleados. Como coempleador, Phoenix es el empleador oficial para la nómina, la declaración de impuestos, las prestaciones, el seguro de compensación laboral, la gestión de reclamaciones y otras funciones administrativas. La empresa cliente/empleador del lugar de trabajo es responsable de la dirección, el control y la supervisión diaria de la empresa y de sus empleados.

NOTA: Este Paquete de Inscripción no debe completarse hasta que un empleado potencial haya recibido una oferta condicional de empleo de la Empresa Cliente/Empleador del Lugar de Trabajo.

ESTE PAQUETE COMPLETO DEBE ENVIARSE A PHOENIX ANTES DE QUE EL EMPLEADO COMIENCE A TRABAJAR

IMPORTANTE: EMPRESA CLIENTE, /EMPLEADOR EN EL LUGAR DE TRABAJO, TENGA EN CUENTA

La ley federal requiere que los empleadores en el lugar de trabajo completen y mantengan un Formulario de Verificación de Elegibilidad de Empleo (Formulario I-9) completamente completado para cada empleado.

Phoenix está proporcionando este formulario, así como instrucciones y asistencia para completar y mantener correctamente los formularios I-9. Phoenix no recoge el Formulario I-9.

Se pueden obtener instrucciones y formularios adicionales en <http://www.uscis.gov/files/form/i-9.pdf>

SECCIÓN 1 - CUESTIONARIO DE EMPLEO**Nombre del Cliente:** _____

Nombre completo del empleado _____ Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Número de Seguro Social (para fines de nómina) _____ Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número y calle _____ Unidad# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Nombre de contacto de emergencia _____ Correo electrónico de contacto de emergencia _____

Relación _____ Teléfono: (____) _____

Tipo de trabajo deseado (describir) _____ Tiempo Parcial Tiempo Completo ¿Tienes 18 años o más? Sí No Si es menor de 18 años, indique su edad _____

(Si usted es menor de 18 años, el empleo está sujeto a la verificación de que usted tiene la edad mínima legal y puede proporcionar cualquier permiso de trabajo requerido).

¿Está impedido de trabajar legalmente en este país debido a la visa o el estado migratorio? Sí No ¿Ha estado empleado a través de Phoenix anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ Posición _____

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito, se ha declarado culpable de un delito, ha tenido una adjudicación? ¿Retuvo o recibió una sentencia suspendida (independientemente de la adjudicación final) por un delito? Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles sobre el tipo de delito, la fecha de la condena o declaración de culpabilidad, la pena impuesta y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales si es necesario).

¿Ha sido arrestado y acusado de cualquier delito menor o grave no divulgado anteriormente por el cual está en libertad bajo fianza o libre bajo su propio reconocimiento en espera de disposición o juicio (no incluya infracciones de tránsito menores para las cuales no es necesaria comparecer ante el tribunal)?

 Sí No.

En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) y los detalles del arresto o cargo y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales si es necesario).

¿Alguna vez ha sido acusado en una acción civil por un agravio intencional (por ejemplo, asalto y/o agresión intencional, etc.)? Sí No

En caso afirmativo, indique la naturaleza del agravio intencional, o la disposición de la acción, y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo que ocurrió.

NOTA: Responder "Sí" a las tres preguntas anteriores no es un obstáculo automático para el empleo. Se tendrán en cuenta factores como la edad en el momento del delito, la gravedad y la naturaleza de la infracción, la relación con el trabajo buscado y la evidencia de rehabilitación. Sin embargo, tenga en cuenta que una declaración incorrecta u omisión al responder estas preguntas puede ser motivo de acción disciplinaria, incluida la baja.

Por Favor, Lea Las Siguientes Declaraciones Antes De Firmar A Continuación

Los hechos expuestos en mi inscripción son verdaderos y completos. Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y por la presente autorizo a mis antiguos empleadores a proporcionar toda la información relacionada con mi historial laboral. Por la presente, libero a mis antiguos empleadores de toda responsabilidad por proporcionar dicha información. Entiendo que las declaraciones falsas, omisiones o declaraciones engañosas en esta solicitud se considerarán causa suficiente para negarse a contratar o despedir y acepto que mi empleador no será responsable en ningún aspecto si mi empleo se termina debido a dichas omisiones o declaraciones falsas o engañosas. Por la presente, autorizo la investigación de mi historial de empleo, incluido el contacto con los empleadores enumerados anteriormente en mi solicitud.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Certificado de Retenciones del Empleado

Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.

OMB No. 1545-0074

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.
La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**2026****Paso 1:
Añote Su
Información
Personal**

(a) Su primer nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección		¿Coincide su nombre con el nombre en su tarjeta de Seguro Social? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/es .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) Soltero o Casado que presenta una declaración por separado Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada). Precaución: Para reclamar ciertos créditos o deducciones en su declaración de impuestos, usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener un número de Seguro Social válido para trabajar. Vea la página 2 para más información.		

CONSEJO: Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando use el estimador. A comienzos del próximo año, use el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para más información sobre cada paso, quién puede reclamar la exención de la retención y cuándo usar el estimador en www.irs.gov/W4AppSP.

**Paso 2:
Personas con
Múltiples
Empleos o con
Cónyuges que
Trabajan**

- Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos.
- Tome **sólo una** de las siguientes opciones:
- (a) Use el estimador en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, use esta opción;
- (b) Use la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación;
- (c) Si sólo hay dos empleos en total, puede marcar este recuadro. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que el Paso 2(b) si el pago del empleo con la paga más baja es mayor que la mitad del pago del empleo con la paga más alta. De lo contrario, el Paso 2(b) es la opción más precisa .

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esos pasos en blanco para los otros empleos. (Su retención será más precisa si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta).

**Paso 3:
Reclamación de
Dependiente y
Otros Créditos**

- Si su ingreso total será \$200,000 o menos (\$400,000 o menos, si es casado que presenta una declaración conjunta):
- (a) Multiplique el número de hijos calificados menores de 17 años de edad por \$2,200
- | | |
|------|----|
| 3(a) | \$ |
|------|----|
- (b) Multiplique el número de otros dependientes por \$500
- | | |
|------|----|
| 3(b) | \$ |
|------|----|
- Sume las cantidades de los Pasos 3(a) y 3(b), más la cantidad de otros créditos. Anote el total aquí
- | | |
|---|----|
| 3 | \$ |
|---|----|

**Paso 4:
Otros Ajustes**

- (a) **Otros ingresos (no provenientes de trabajos).** Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación
- | | |
|------|----|
| 4(a) | \$ |
|------|----|
- (b) **Deducciones.** Use la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página 4 para determinar la cantidad de las deducciones que puede reclamar, lo cual reducirá su retención. (Si omite esta línea, su retención se basará en la deducción estándar). Anote el resultado aquí
- | | |
|------|----|
| 4(b) | \$ |
|------|----|
- (c) **Retención adicional.** Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en **cada período de pago**
- | | |
|------|----|
| 4(c) | \$ |
|------|----|

Exento de la retención Reclamo exención de la retención para 2026 y certifico que cumple con **ambas** condiciones para la exención para 2026. Vea la **Exención de la retención** en la página 2. Entiendo que necesitaré completar un nuevo Formulario W-4 para 2027 . . .

**Paso 5:
Firme
Aquí** Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado, y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). **Fecha**

Para Uso Exclusivo del Empleador Nombre y dirección del empleador **Primera fecha de empleo** Número de identificación del empleador (EIN)

SECCIÓN 3 – RECONOCIMIENTO Y ACUERDO

Yo, el empleado abajo firmante, en consideración a mi contratación por parte de Phoenix Payroll Solutions como empleado contratado a voluntad, reconozco y acepto lo siguiente:

1. **Contrato de trabajo.** Acepto que este ACUERDO DE EMPLEO ("Acuerdo") se suscribe entre Phoenix, una Organización Profesional de Empleadores (en lo sucesivo, "OPE"), y el empleado temporal abajo firmante e identificado ("Empleado") de conformidad con un Acuerdo de Servicio al Cliente entre OPE y el empleador del lugar de trabajo en el que OPE y mi empleador en el lugar de trabajo han acordado actuar como coempleadores. Este Acuerdo solo se refiere al empleo del Empleado con OPE. CO-EMPLEO. El empleo continuo del empleado es como un compañero de trabajo de OPE y mi empleador en el lugar de trabajo. Un compañero de trabajo es un empleado con dos empleadores: el empleador en el lugar de trabajo y una Organización Profesional de Empleadores (OPE). La relación de co-empleo permite a OPE proporcionar ciertos beneficios y servicios a mi empleador en el lugar de trabajo y sus empleados, incluidos, entre otros, la administración de la nómina, la administración de beneficios por desempleo, la compensación de los trabajadores y otros beneficios para los empleados. Mi empleador en el lugar de trabajo conserva los derechos y responsabilidades de, incluidos, entre otros, la gestión y el control diarios, el control de las actividades del empleado, los requisitos laborales del empleado, la tarifa y el método de pago del empleado y la seguridad en el lugar de trabajo.
2. **Empleo a voluntad.** Acepto que he sido contratado como empleado a voluntad de OPE, que es una Compañía de Empleados Temporales para y no existe ningún contrato de trabajo entre yo y la Compañía Cliente a la que he sido asignado, ni entre Phoenix y yo. Entiendo y acepto que puedo ser despedido o puedo terminar mi empleo en cualquier momento por cualquier motivo, o sin motivo, ya que soy un empleado a voluntad.
3. **Reporte de Accidentes y Compensación de Trabajadores.** Me comprometo a informar inmediatamente todas y cada una de las lesiones y accidentes relacionados con el trabajo a mi empleador en el lugar de trabajo y a OPE. Estoy de acuerdo en que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir está cubierta única y exclusivamente por la ley estatal de compensación para trabajadores y el seguro de compensación proporcionado por OPE. En la medida en que lo permita la ley, por la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pueda tener para hacer reclamos o presentar una demanda contra OPE por daños y perjuicios basados en lesiones que estén cubiertas por la ley de compensación para trabajadores. También acepto que si me lesiono, a menos que se aplique cualquier otro programa de licencia, aceptaré cualquier asignación modificada / de trabajo liviano que se encuentre dentro del alcance de mis capacidades físicas según lo determine el médico tratante de compensación para trabajadores. Estoy de acuerdo con cualquier política de pruebas de drogas o alcohol, que OPE pueda adoptar; específicamente, estoy de acuerdo con las pruebas de drogas posteriores al accidente en cualquier situación permitida por la ley.
4. **Políticas de licencia pagada del empleador en el lugar de trabajo, Ley de licencia familiar y médica (FMLA) y otros beneficios.** Acepto que en el caso de que mi empleador en el lugar de trabajo mantenga políticas que brinden beneficios de licencia pagada como vacaciones, licencia por enfermedad, PTO o indemnización por despido, mi empleador en el lugar de trabajo es el único responsable de pagar los beneficios acumulados bajo dichas políticas durante el empleo y en el momento de la terminación. OPE no proporciona, y no tiene ninguna política que proporcione, vacaciones u otros beneficios de licencia pagada. En la medida en que los beneficios de licencia pagada se paguen a través de la nómina de OPE al Empleado, es únicamente como un servicio de nómina en nombre del empleador del lugar de trabajo. De manera similar, en la medida en que mi empleador en el lugar de trabajo proporcione otros beneficios de conformidad con políticas de las que OPE no es parte, como opciones sobre acciones, bonos, participación en las ganancias, beneficios de jubilación y cualquier otro beneficio, mi empleador en el lugar de trabajo es el único responsable de proporcionar los beneficios prescritos por esas pólizas. Mi empleador en el lugar de trabajo es el empleador principal responsable de dar los avisos requeridos por la FMLA, determinar la elegibilidad de los empleados para la FMLA, proporcionar la licencia FMLA y mantener los beneficios de salud. Mi empleador en el lugar de trabajo es responsable de la restauración de los empleados que regresan de la licencia FMLA a sus puestos de acuerdo con la ley. OPE cooperará plenamente con mi empleador en el lugar de trabajo en la administración de FMLA bajo la ley aplicable.
5. **Contra la discriminación, el acoso y las represalias.** Entiendo que OPE y mi empleador en el lugar de trabajo prohíben expresamente la discriminación, el acoso y las represalias por motivos de raza, color, sexo, religión, estado civil, estado de veterano, origen nacional, discapacidad, edad o cualquier otra categoría protegida. También se prohíbe la interferencia indebida con la capacidad de los empleados de mi empleador en el lugar de trabajo para realizar sus deberes laborales. Ni OPE ni mi empleador en el lugar de trabajo tolerarán ninguna represalia o regresión real o intentada contra un empleado que plantea una preocupación válida de que se ha violado esta política. OPE y mi empleador en el lugar de trabajo toman muy en serio todas las acusaciones de discriminación, acoso y represalias y están firmemente comprometidos a garantizar un lugar de trabajo libre de esas actividades discriminatorias. Cualquier persona que participe en discriminación, acoso o represalias está sujeta a medidas disciplinarias que pueden incluir la destitución. Si observo dicha actividad prohibida, acepto ponerme en contacto con una persona apropiada en el empleador del lugar de trabajo al que se me ha asignado y denunciar dicha conducta. Si creo que la gerencia está involucrada en los actos prohibidos, o por cualquier otra razón no puedo comunicarme con una persona en mi empleador en el lugar de trabajo, acepto comunicarme con el Departamento de Recursos Humanos de OPE al (941) 235-8063. Entiendo que OPE no controla directamente el lugar de trabajo en mi empleador en el lugar de trabajo y no está en posición de poner fin o remediar ninguna discriminación, acoso o represalias que puedan ocurrir y que OPE intentará facilitar una resolución; La responsabilidad de responder a dicha conducta inapropiada recae en mi empleador en el lugar de trabajo.
6. **Falta de pago de OPE por parte del empleador del lugar de trabajo.** Entiendo y acepto que si bien estoy asignado a mi empleador en el lugar de trabajo y soy un empleado arrendado de OPE, si OPE no recibe el pago del empleador del lugar de trabajo por los servicios que realizó como empleado arrendado; OPE aún me pagará el salario mínimo aplicable (o el salario mínimo legalmente requerido o el pago de horas extras) durante dicho período de pago. Entiendo que el empleador del lugar de trabajo al que estoy asignado sigue estando obligado a pagarme mi tarifa regular de pago por hora si soy un empleado no exento y a pagarme mi salario completo si soy un empleado exento, incluso si el empleador del lugar de trabajo no paga la OPE.
7. **Lugar de trabajo libre de drogas y alcohol.** Entiendo y acepto que OPE prohíbe la posesión, el consumo, la distribución o el uso no autorizado ilegal de alcohol o drogas ilegales u obtenidas ilegalmente en el lugar de trabajo o mientras se realiza un trabajo en otro lugar. Entiendo y acepto que a los empleados no se les permite trabajar bajo la influencia del alcohol o las drogas. Entiendo y acepto que es posible que deba someterme a pruebas de drogas y / o alcohol de acuerdo con la política de OPE, incluidas las pruebas posteriores a accidentes o lesiones y sospechas razonables. Entiendo que la violación de esta política, incluida mi negativa a cooperar con los procedimientos de prueba, puede resultar en el despido inmediato.
8. **Lesiones en el lugar de trabajo.** Acepto específicamente las pruebas de drogas/alcohol posteriores al accidente para detectar cualquier lesión laboral, independientemente de si puedo dar mi consentimiento en ese momento. Esta autorización o una fotocopia de la misma es mi autoridad y consentimiento para las pruebas de drogas / alcohol posteriores al accidente en todos los casos. Cumpliré con las disposiciones del Estatuto de la Florida 440 con respecto a las reclamaciones de beneficios de compensación para trabajadores. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación para trabajadores, es posible que se me nieguen dichos beneficios.
9. **Período introductorio.** Todos los nuevos empleados (ya sea a tiempo completo o parcial) se encuentran en un estado introductorio durante sus primeros 90 días de empleo. En cualquier momento durante este período, usted o su coempleado pueden decidir terminar su empleo por cualquier motivo permitido por la ley. La finalización del período introductorio no dará lugar a ningún contrato de trabajo por un plazo específico, ni conferirá ningún derecho laboral adicional a ningún empleado.
10. **Acuerdos existentes.** Entiendo y acepto que mi empleo conjunto con OPE no altera, enmienda o disminuye de ninguna manera ningún acuerdo contractual con mi empleador en el lugar de trabajo con respecto a los términos de mi empleo o cualquier acuerdo de compensación, acuerdo de no competencia, acuerdo de no solicitud o acuerdo de confidencialidad y que dichos acuerdos no se verán afectados por el acuerdo con OPE. Mis obligaciones y las obligaciones de mi empleador en el lugar de trabajo permanecen intactas.

Nombre del empleado en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Empresa Cliente: _____

Nombre del empleado: _____

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA COMPLETAR ESTA PÁGINA:

Las leyes estatales y federales aplicables prohíben la discriminación basada en la discapacidad o la presentación previa de un reclamo de compensación para trabajadores o la toma de licencia médica a la que tenía derecho.

Este Cuestionario Médico de Oferta Condicional Post se mantendrá en un archivo separado de su expediente de empleo.

Complete las preguntas de esta página con respecto a su capacidad para realizar las funciones clave del trabajo para el que está siendo contratado (o para el que fue contratado antes de unirse a Phoenix).

No es necesario que incluya información de salud que no esté relacionada con su empleo y su trabajo en particular o que no afecte su capacidad para realizar su trabajo o uno similar al mismo.

	SÍ	NO
1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para una afección de la espalda, el cuello o la rodilla o una lesión en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Sufres o has sufrido alguna vez de dolores o molestias en la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez te has sometido a alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna lesión o enfermedad le ha impedido alguna vez tener un empleo remunerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha recibido una calificación de discapacidad por alguna razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez ha recibido compensación o beneficios médicos bajo la compensación para trabajadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene alguna limitación que pueda afectar su capacidad para desempeñar de manera segura o efectiva el puesto que se le ha ofrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique completamente cualquier respuesta Sí (usando papel adicional si es necesario)

Se me ha informado completamente que si me lesiono en el trabajo, independientemente de cuán leve pueda parecer la lesión, Debo informar de esa lesión inmediatamente a mi supervisor. Phoenix debe presentar una Notificación de Lesión a la compañía de seguros dentro de los siete (7) días, según lo requiera la ley.

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que cualquier respuesta falsa o engañosa a estas preguntas puede resultar en una denegación de beneficios y/o la terminación de mi empleo. También entiendo que mis respuestas pueden ser verificadas por la investigación.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Sección 5 - Información Sobre IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO
COMPLETADA VOLUNTARIAMENTE POR EL EMPLEADO O POR OBSERVACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleado: _____

Las agencias gubernamentales, como la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU., requieren que ciertos empleadores mantengan la información relacionada con sus prácticas de contratación y empleo para las personas protegida por las leyes contra la discriminación. La cumplimentación de esta sección nos ayudará a cumplir con nuestros requisitos de presentación de informes. Nos adherimos a una política de brindar igualdad de oportunidades de empleo sin distinción de raza, color, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad/minusvalía, estado civil y cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales aplicable.

Si el empleado se niega a identificarse a sí mismo, se DEBE realizar una identificar por empleador o al observador.

EEO Completado Empleado: El empleado prefiere no participar de la encuesta

Sexo: Masculino Femenino

Origen étnico: Blanco Negro/Afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Asiático
 Hispano/Latino Indio americano o nativo de Alaska Dos o más razas

EEO Completado empleador

Estos datos se completan sobre la base de la observación de _____ Gerente _____ Fecha _____

Empleador: seleccione la categoría de trabajo (si necesita ayuda para determinar la categoría adecuada, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de Phoenix Payroll Solutions o visite el sitio web de la EEOC en <http://www.eeoc.gov/employers/eo1survey/jobclassguide.cfm> para obtener orientación

Ejecutivo/Oficial Sr. Director Profesional Técnico Apoyo
 Administrativo para Trabajadores de Ventas Artesano Operador Obrero Ayudante Trabajador de Servicio

SECCIÓN 6 - CONFIGURACIÓN DE LA RETRIBUCIÓN DEL EMPLEADO - A CUMPLIMENTAR POR EL SUPERVISOR/GERENTE DEL EMPLEADO

Empresa Cliente: _____

Ubicación del cliente: _____ Nombre o número del departamento: _____

Fecha original de contratación: _____ Título del trabajo: _____

Código de Clase de Compensación para Trabajadores: _____ Identificación del empleado: _____

Si no está seguro del código de clase adecuado, comuníquese con su especialista en nómina para obtener ayuda

Ciclo de Pago: Semanal Bisemanal Bimensual
Tipo de Pago: Tiempo Completo Tiempo Parcial

Clasificación de Empleado

Clasificación

Si necesita ayuda para determinar la clasificación adecuada de un empleado como Exento o No Exento, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de Phoenix Payroll Solutions

<input type="checkbox"/> Exento	<input type="checkbox"/> Por Hora	<input type="checkbox"/> Salario
	Salario \$ _____ por _____	
<input type="checkbox"/> No Exento	Por Hora	Salario (Se deben mantener registros de tiempo precisos)
	Salario \$ _____ por _____	

Salario con propina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sueldo \$ _____	por _____
Paga por Turno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sueldo \$ _____	por _____
Por Pieza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sueldo \$ _____	por _____
Comisiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sueldo \$ _____	por _____
Otros	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sueldo \$ _____	por _____

Supervisor, Gerente o
Representante Autorizado _____

Firma _____

Fecha _____

Información del Empleado

Número de Cliente:

Número de Seguro Social:

Nombre del Empleado:

Favor Marque Una:

- Nueva/Reemplace cuenta existente en récord
 Añada a cuenta existente en récord
 Cancele/Pare

Complete para DEPOSITO DIRECTO

Cuenta 1

Nombre del Banco _____
 Número de Ruta _____
 Número de Cuenta _____
 Cheques Ahorros
 Salario Neto Completo
 Porcentaje del Salario Neto _____ %
 Cantidad Específica de Dinero \$ _____

Cuenta 2

Nombre del Banco _____
 Número de Ruta _____
 Número de Cuenta _____
 Cheques Ahorros
 Salario Neto Completo
 Porcentaje del Salario Neto _____ %
 Cantidad Específica de Dinero \$ _____

Favor de Incluir un cheque nulo para verificar los datos del banco. Todos los depósitos directos rechazados sin la documentación apropiada están sujetos a un cargo de rechazo de \$40.

Complete para RAPID PAYCARD

Autorizo a Phoenix Payroll Solutions and depositar mis salarios en mi Rapid Paycard. Estoy de acuerdo con los términos y condiciones del Programa Rapid PayCard incluyendo los cargos mensuales por transacciones y servicios.

Deseo depositar (seleccione uno)

Salario Neto Completo Porcentaje del Salario Neto _____ % Cantidad específica de dinero \$ _____

Por favor escriba la dirección donde se deb enviar la Rapid PayCard:

Dirección _____ Apto #. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorización del Empleado

Por la presente, autorizo a Phoenix Payroll Solutions a depositar mis ingresos directamente en mi(s) cuenta(s) de cheques y/o ahorros, según lo indicado anteriormente, y acepto que dicho abono en estas cuentas constituye un pago y recibo por mi parte. Phoenix Payroll Solutions se reserva el derecho de retirar los fondos enviados por error, interrumpir o descontinuar los depósitos directos y emitir cheques en efectivo a todos los empleados en cualquier momento y por cualquier motivo. Siempre soy responsable de verificar que los fondos se hayan acreditado en la cuenta correcta y estén disponibles antes de emitir cheques o retirar fondos de esta cuenta. Soy consciente de que esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta que Phoenix Payroll Solutions reciba una notificación por escrito con treinta (30) días de anticipación sobre el cambio o la terminación. Phoenix Payroll Solutions no ofrece servicios de depósito directo anticipado. Los depósitos directos se procesan y se depositan para que estén disponibles en su día de pago programado. Los bancos receptores tienen hasta las 5 p. m. para poner esos fondos a disposición.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

Al firmar arriba, acepto que soy el titular de la cuenta o tengo la autoridad del titular de la cuenta para autorizar a Phoenix Payroll Solutions a realizar depósitos directos en las cuentas anteriores).

SOLO PARA USO DE PHOENIX

Recibido por:	Procesado por:
Fecha:	Fecha: