

Propel HR

Formulario Para Empleados Nuevos

Para ser Rellenado Después Que El Empleado Reciba Una Oferta de Empleo Condicional

Compañía de Cliente: _____

SECCIÓN I: PARA SER RELLENADO POR EL EMPLEADO

Fecha _____ PR Fecha de Empleo _____ Fecha de Empleo (con la Empresa Actual) _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR:

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

Sexo Masculino Femenino **Estado Civil** Casado Soltero Enviudado (a) Divorciado (a)

Clasificación Étnica (por favor elija uno): Asiático Negro Hispánico Indio Norteamericano Caucásico (Blanco)

Propel HR (Propel), proporciona personal y otros servicios relacionados con el comercio a clientes. Aunque los trabajadores empleados por Propel son considerados como empleados de Propel, tales empleados están sujetos a la supervisión directa de la compañía cliente. El empleo con Propel se basa en lo Siguiente:

2. **El empleado está de acuerdo que el empleo con Propel es voluntario. El empleado reconoce que la intención de este acuerdo no es para firmar un contrato de empleo entre Propel y el Empleado y que el Empleado puede ser despedido en cualquier momento y por cualquier razón que no sea prohibida por la ley.**
3. El empleado está de acuerdo en respetar la política, normas o reglas de trabajo establecidas por la compañía del cliente. Adicionalmente el empleado está de acuerdo que él/ella es un empleado a prueba por un período de 90 días.
4. El empleado está de acuerdo en respetar la política o normas de empleo establecidas por Propel.
5. El empleado admite que él/ella ha leído las normas de seguridad publicadas por la Compañía del Cliente o por Propel y adicionalmente admite que está de acuerdo con ellas y cumplirá con dichas reglas en su totalidad.
6. El empleado admite que los empleados de Propel posiblemente tendrán que someterse a un examen en cualquier momento para determinar el uso de drogas.

DECLARACIÓN DE EMPLEADO EN ARRENDAMIENTO

Declaro bajo mi firma que he sido informado que seré un empleado de arrendamiento de Propel arrendado a _____ (nombre de la compañía del cliente). También entiendo y estoy de acuerdo que si Propel no recibe el pago del cliente por los servicios que realice como un empleado arrendado, Propel me pagará el salario mínimo aplicable (o paga legalmente requerida por horas extras en una semana laborable en la que haya trabajado horas extras) durante cualquier período de la paga. También estoy de acuerdo que si durante el proceso de aplicación para empleo, así como durante mi empleo, soy víctima de cualquier tipo de discriminación incluyendo discriminación por raza, sexo, edad, religión, color, nacionalidad, invalidez, estado civil, estado de veterano, o si soy víctima de cualquier tipo de acoso incluyendo acoso sexual, inmediatamente contactaré Propel HR. teléfono 1-800-446-6567 o la línea de Acceso Directo Para Asuntos de Acoso 1-800-977-8674 (El Número de identificación de la compañía es: 980023) para obtener ayuda en la resolución de tales asuntos. Propel está regulado por el Departamento de Asuntos del Consumidor de Carolina del Sur, 3600 Forest Drivē, Biso, Columbia, SC 29250 teléfono (803) 734-4200. El número de arrendamiento de Propel es SL0040.

Firma: _____

Fecha: _____

SECCIÓN II: PARA SER RELLENADO POR EL SUPERVISOR EN SITU

Departamento _____ Posición/Título _____ Código W.C. _____

Frecuencia de Pago Semanal Bisesemanal Bimensual Mensual Tarifa Salarial _____

Tipo de Sueldo Exento Por Hora Salario Permanente Tiempo Parcial

Lugar/Hora/Día de Pago _____ Horas Normales Trabajadas _____

Indique las deducciones que se le restarán al salario (ej. Deducción por Seguro): _____

Las deducciones que se le restarán a lo sueldos tales como, pero no limitadas a, deducciones de seguro, deudas documentadas, compensaciones, etc. (Excluyendo Impuestos Sobre la Renta y FICA) : (i) seguro y otras deducciones como solicitado por el empleado, (ii) anticipos, (iii) responsabilidad de examen para drogas y examen físico por 90 días; (iv) cargo adicional por anticipos, (V) prestaciones, (vi) cualquier otra deuda incluyendo pero no limitada a daños deliberadamente o negligentemente cometidos contra la propiedad de la compañía, (vii) devolución de equipo de la compañía de la compañía, (viii) retención por orden del tribunal y honorarios derivados por servicios de retención; etc.

Firma del Supervisor _____

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL EMPLEADO

NOMBRE _____ Fecha de Nacimiento _____
Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ Dependientes _____
Número Cané de Conducir _____ Estado _____
Estatura _____ Peso _____

ESTADO FÍSICO

¿Tiene usted, o ha tenido usted cualquiera de las siguientes condiciones físicas, indisposiciones o enfermedades?
Verifique SI o NO. En caso de que sea SÍ, favor de dar detalles de cuando ocurrió, duración, tratamiento y nombres de médicos al dorso de este formulario.

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Esclerosis Múltiple	__	__	Hipoglucemia (azucar baja)	__	__	Coyunturas tiesas	__	__	Silicosis	__	__
Tuberculosis	__	__	Distrofia Muscular	__	__	Enfermedad Cardíaca	__	__	Alergia	__	__
Thrombhebitis	__	__	Reuma o Gota	__	__	Problema de Corazón	__	__	Diabetes	__	__
Parálisis Cerebral	__	__	Problema de Espalda o Herida	__	__	Venas Varicosas	__	__	Asma	__	__
Enfermedad de Parkinson	__	__	Problema de cuello o Herida	__	__	Arteriosclerosis	__	__	Artritis	__	__
Emfisema	__	__	Osteomielitis	__	__	Desorden Mental	__	__	Problema Ocular	__	__
Envenenamiento por plomo	__	__	Hemofilia (sangrar)	__	__	Nerviosismo	__	__	Dermatitis	__	__
Alteración Auditiva	__	__	Hipertensión	__	__	Enfermedad Nerviosa	__	__	Epilepsia	__	__
Perdida de Visión	__	__	Tratamiento psicológica/Evaluación	__	__	Enfermedad Marie Strumpell	__	__	Polio	__	__

Indique cualquier cirugía que usted ha tenido (incluye las fechas): _____

¿Ha estado usted en el servicio militar? __Sí __No

¿Esta usted recibiendo algún Beneficio Federal debido a alguna incapacidad sufrida durante el servicio militar? __Sí __No

Proporcione detalles: _____

¿Ha sido usted clasificado como Invalido Permanente? __Sí __No

Indique Porcentaje? _____

Proporcione Detalles: _____

¿Ha sido usted gravemente herido estando desempleado? __Sí __No

Proporcione detalles, incluyendo el arreglo al que llegó _____

¿Ha sufrido usted alguna herida en el trabajo? __Sí __No Cuando? _____

De ser sí, explique: _____

¿Tiene usted alguna incapacidad o el deterioro físico? __Sí __No

Proporcione Detalles: _____

¿Tiene usted alguna condición que pueda restringir el tipo del trabajo que usted hace? __Sí __No

Proporcione detalles, fechas, etc.: _____

¿Rellenó usted este formulario? __Sí __No

Si no la relleno usted, indique el nombre y la dirección de la persona que lo hizo.

Nombre _____

Dirección _____

He sido completamente informado que si soy herido en el trabajo, a pesar de cuán secundaria pueda ser la herida, debo informar a mi supervisor inmediatamente tal herida: __Sí __No

Certifico que las respuestas proporcionadas son ciertas y correctas. Entiendo que si alguna respuesta a las preguntas es falsa o errónea que es razón suficiente para negar cualquier indemnización bajo el Acta de Indemnización Por Daños del Estado y es base para la terminación de empleo. Entiendo que mis respuestas serán verificadas a través de una investigación.

Firma _____

Fecha _____

Formulario de Dispensación para Informes al Consumidor

Con respecto a mi aplicación para empleo (incluyendo contratos de servicio), entiendo que me pueden solicitar informes al consumidor o informes investigativos al consumidor incluyendo reportes de crédito, reportes de antecedentes penales, reporte vehicular, educación, verificación de previo empleo, reclamos de indemnización por daños y otros. Estos informes incluirán experiencia y las razones por la terminación del empleo anterior. Aún más, entiendo que usted solicitará información de varias entidades Federales, agencias estatales, agencias locales y otras agencias quienes poseen el historial de mis actividades anteriores.

Por medio de la presente autorizo, sin reservación, a cualquier persona o agencia contratada por este empleador a proporcionar la información mencionada más arriba.

Tengo el derecho de solicitar a CIC Revisor de Antecedentes de Candidatos y/o de LABORCHEX, contra presentación de la identificación apropiada y pago de cualquier tarifa autorizada, información que ellos tengan de mí en sus archivos en el momento en que yo haga dicha solicitud.

Aún más autorizo la obtención continua de los reportes indicados durante mi empleo (o contrato).

Nombre Deletreado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social _____

Número de Carné de Conducir _____ Estado _____

Para propósitos de identificación:

Fecha de Nacimiento _____ Raza _____ Género _____

Otro o nombres anteriores: _____

Licencia Profesional: Estado _____ Clasificación _____ Número _____

Firma _____ Fecha _____

Fecha _____

Yo _____ (nombre) autorizo a Comisión de Indemnización Por Daños de _____ (Estado) a proporcionar cualquier información en su "Historial de Indemnización Por Daños" acerca de mi a CIC INC. de Largo, Florida y/o LABORCHEX de Jackson, Mississippi.

Firma: _____

Número de Seguro Social _____

DEPÓSITO BANCARIO DIRECTO

El Depósito Bancario Directo le deposita automáticamente cada día de pago su sueldo en su cuenta corriente o de ahorros en la institución financiera donde usted hace sus operaciones bancarias.

¡Sólo tiene usted que inscribirse!

El Depósito Bancario Directo funciona de la siguiente manera:

Cada día de pago usted recibirá un extracto de cuenta que muestra salario bruto, impuestos, otras retenciones y la cantidad que se ha depositado en su cuenta. Su dinero ya se habrá depositado en su cuenta. La cantidad del depósito aparecerá como un crédito en el extracto de cuenta que usted recibe de su institución financiera. Para disfrutar de este beneficio por favor rellene el formulario adjunto y envíeselo o entrégueselo a su supervisor para que sea presentado a la tramitación de nómina.

Acuerdo de Autorización para Depósito Bancario Directo

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Por medio de la presente autorizo a mi empleador, de ahora en adelante llamado **Compañía**, abonar, o si fuese necesario, debitar y ajustar cualquier abono a mi Cuenta Corriente o Cuenta de Ahorros que abajo indico y también autorizo al depositario, de ahora en adelante llamado **Institución Financiera**, acreditar o debitar las mismas cuentas bancarias.

Escoja Una

_____ Cuenta Corriente _____ Cuenta de Ahorros

Indique Cantidad o porcentaje del Pago Neto _____

Institución Financiera _____ Sucursal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

No. Identificación de Banco/No. ABA _____ No. de Cuenta _____

(DEBE ADJUNTAR UN CHEQUE ANULADO)

Esta autoridad permanecerá vigente hasta que la **Compañía** reciba por escrito una notificación mía indicando su terminación y en tal manera para proporcionar a la **Compañía** y a la **Institución Financiera** un tiempo razonable para que puedan ejecutar dicha terminación.

Firma _____ **Fecha** _____

REGLAMENTO POR EL USO DE DROGA Y ALCOHOL

Constancia de recibo y conocimiento de las normas

Yo, _____, por este medio reconozco que he recibido y leído una copia del Reglamento por el Uso Illegal de Sustancias Alucinógenas expedido por Propel HR, y que he tenido la oportunidad de conocer todos los aspectos de estas normas que no me son claros o no entiendo. Reconozco que debo respetar las normas todo el tiempo como una condición del empleo con Propel HR, y que cualquier violación a las mismas dará como resultado una acción disciplinaria e incluso el despido.

Acepto que durante el contrato de trabajo podrá ser requerido para someterme a pruebas con el fin de detectar la presencia de drogas o alcohol acorde con el reglamento. Entiendo que acogerme a la práctica de estas pruebas, es una condición para el empleo con Propel HR, y que el rehusarme a tomarlas puede dar como resultado acciones disciplinarias; e incluso el despido, por negarme a consentir la prueba, si me rehúso a firmar cualquier documento que tenga que ver con el examen de alcohol, todo esto se considerará una violación al reglamento.

También acepto que en caso de accederme será requerido para someterme a una prueba de drogas y que la prueba con un resultado positivo será solo mi responsabilidad y que cualquier reclamo por compensaciones laborales será negado.

TAMBIEN ENTIENDO QUE LAS NORMAS SOBRE DROGA Y ALCOHOL Y TODOS LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS, NO CONSTITUYEN UN CONTRATO ENTRE Propel HR Y YO.

QUIEN ABAJO FIRMA, MANIFIESTA QUE ENTIENDE LO QUE HA LEIDO, QUE FIRMA EN SENAL DE ACEPTACION, Y LIBREMENTE SIN ENCONTRARSE BAJO PRESION U OBLIGACION DE NINGUN TIPO.

Firma del empleado

Fecha

Firma de un testigo

Fecha

FORMA de RECONOCIMIENTO

Yo, _____ (nombre), reconozco que he recibido y he revisado la poliza de acoso de Propel HR. La poliza de acoso de Propel HR prohíbe nacional, edad, o incapacidad. Entiendo que según la poliza de acoso de Propel HR, yo debo informar inmediatamente cualquier conducto de acoso o venganza a Propel HR llamando 1-800-446-6567 o notificando 1-800-STOPIT (1-800-977-8674) – la línea directa confidencial. Si uso la línea directa confidencial para reportar acoso, yo entiendo que debo identificar Propel HR como mi empleador, cuyo número de identificación de compañía es 980023. Entiendo además que también puedo informar cualquier conducta de acoso a mi supervisor local, al director, o al departamento de recursos humanos.

Entiendo que este reconocimiento no crea un contrato de empleo. Nada en este reconocimiento obliga a Propel HR a ningún procedimiento específico, a pólizas, a beneficios, a condiciones de trabajo, o a privilegios del empleo o a un período específico o definido de empleo.

Firma _____

Fecha _____

Reconocimiento por Empleado de Recibo y Entendimiento

Yo, _____, (nombre en letra de molde) por la presente reconozco que he recibido una copia del Manual de Políticas y Procedimientos expedido por Propel HR/Cliente y la adición específica del Cliente. He tenido la oportunidad de que cualquier aspecto del Manual de Políticas y Procedimientos y/o la adición específica del Cliente que no entiendo se me haya sido explicado.

Entiendo que necesito cumplir a todo tiempo con la Política de Acoso, la Política de Abuso de Sustancias y toda otra política y procedimiento establecido por Propel HR y cualquier política, norma, reglamento de trabajo y seguridad adicional expuesta por la Compañía del Cliente y que cualquier violación puede resultar en acción disciplinaria, hasta, e incluyendo terminación de empleo.

Además, reconozco y entiendo la relación de co-empleo entre Propel HR y la Compañía del Cliente. Entiendo que soy empleado de ambos, Propel HR y la Compañía del Cliente y que el estado de mi empleo es voluntario y puede ser terminado a cualquier tiempo por Propel HR/Cliente y por cualquier razón.

EL SUBSCRITO ADEMÁS DECLARA QUE EL O ELLA HA LEÍDO EL RECONOCIMIENTO ARRIBA EXPUESTO Y RECONOCE EL CONTENIDO DE LA MISMA Y QUE LA FIRMA DE SU PROPIA VOLUNTAD.

Firma del Empleado

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Nombre de la Compañía del Cliente

NOTICIA IMPORTANTE

EMPLEO VOLUNTARIO

ESTE MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS NO CREA UN CONTRATO DE EMPLEO ENTRE EL EMPLEADO Y PROPEL HR/CLIENTE, DE AQUÍ EN ADELANTE LLAMADO PROPEL HR/CLIENTE, NI GARANTÍA NINGÚN TÉRMINO, CONDICIÓN, O PLAZO DE EMPLEO ESPECÍFICO. SU EMPLEO CON PROPEL HR/CLIENTE ES VOLUNTARIO, LO CUAL SIGNIFICA QUE, O USTED O PROPEL HR/CLIENTE PUEDE TERMINAR SU EMPLEO A CUALQUIER TIEMPO CON O SIN CAUSA. NINGÚN SUPERVISOR O GERENTE TIENE LA AUTORIDAD DE ALTERAR SU EMPLEO VOLUNTARIO O DE CREAR UN CONTRATO ENTRE USTED Y PROPEL HR/CLIENTE, YA SEA VERBALMENTE O POR ESCRITO.

ESTE MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS REEMPLAZA CUALQUIER MANUAL Y/O PRONTUARIO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS EXPEDIDO POR PROPEL HR/CLIENTE, Y POR LO TANTO CUALQUIER MANUAL Y/O PRONTUARIO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS EXPEDIDO POR PROPEL HR/CLIENTE ES POR LA PRESENTE REVOCADO.

HE LEIDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN EXPUESTA ARRIBA

FECHA

NOMBRE DEL EMPLEADO (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

REPRESENTATIVO DE LA COMPAÑÍA

Instrucciones**Lea cuidadosamente las instrucciones antes de llenar este formulario. (Para uso únicamente en Puerto Rico.)**

Notificación Anti-Discriminación. Es ilegal discriminar a cualquier individuo (con excepción de un extranjero no autorizado a trabajar en los E.U.A.) al contratar, desemplear, reclutar o contratar por honorarios debido al origen del individuo o su ciudadanía. Es ilegal discriminar a cualquier individuo elegible para trabajar. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar que documento(s) aceptarán de un empleado. El negarse a emplear a un individuo porque la fecha de vencimiento de los documentos presentados está cercana puede también constituirse como una discriminación ilegal.

¿Cuál es el propósito de este formulario?

El propósito de este formulario es documentar que cada empleado nuevo (ciudadano o no ciudadano) contratado después del 6 de noviembre de 1986 está autorizado a trabajar en los Estados Unidos.

¿Cuándo debe ser utilizado el Formulario I-9?

Todos los empleados, ciudadanos y no ciudadanos, contratados después del 6 de noviembre de 1986 y que estén trabajando en los Estados Unidos deben llenar el Formulario I-9.

Como Llenar el Formulario I-9

Sección 1, Empleado: Esta parte del formulario debe llenarse en el momento de la contratación, que generalmente es el inicio del empleo. Proveer el número de Seguro Social es voluntario, a excepción de aquellos empleados que han sido contratados por empleadores que participan en el Programa Electrónico de Verificación de la Elegibilidad de Empleo de USCIS. **El empleador debe asegurarse que la Sección 1 se llene puntual y correctamente.**

Certificación del Traductor o Tercero. La certificación del traductor o tercero debe llenarse si la **Sección 1** es preparada por cualquier persona que no sea el empleado. Un traductor o tercero sólo puede utilizarse cuando el empleado no pueda llenar la **Sección 1** por sí mismo. Sin embargo, el empleado debe firmar la **Sección 1** personalmente.

Sección 2, Empleador: Con la finalidad de llenar este formulario, el término "empleador" se refiere a todos los empleadores incluyendo los reclutadores y los contratistas por honorarios tales como las asociaciones agrícolas, empleadores agrícolas o los contratistas de trabajo agrícola.

Los empleadores deben llenar la **Sección 2** examinando las pruebas de identidad y elegibilidad de empleo dentro de los tres (3) días hábiles a partir de la fecha del inicio de empleo. Si el empleado está autorizado para trabajar, pero no puede presentar los documentos requeridos dentro de los tres (3) días hábiles, debe presentar un recibo de esta solicitud dentro de tres (3) días

hábiles, y los documentos requeridos en un periodo de noventa (90) días. Sin embargo, si los empleadores contratan a individuos para trabajar por menos de 3 días hábiles, debe llenarse la **Sección 2** en el momento en el que se inicie el empleo. **Los empleadores deben anotar:**

1. Título del documento.
2. Autoridad que expide el documento.
3. Número de documento.
4. Fecha de vencimiento, si la hay; y
5. Fecha de comienzo del empleo.

El empleador debe firmar y colocar la fecha de la certificación. El empleado debe presentar sus documentos originales. El empleador puede, aunque no está obligado, a fotocopiar los documentos presentados. La(s) fotocopia(s) sólo puede(n) utilizarse para la verificación del proceso y deben guardarse con el Formulario I-9. **Sin embargo, los empleadores son los responsables de llenar y guardar el Formulario I-9.**

Sección 3, Actualización y nueva verificación: Los empleadores deben llenar la **Sección 3** cuando se esté actualizando y, o verificando el Formulario I-9. Los empleadores deben verificar de nuevo la elegibilidad de empleo de los empleados para trabajar antes de la fecha de vencimiento anotada en la **Sección 1**. Los empleadores **NO PUEDEN** especificar que documento(s) aceptarán del empleado:

- A. Si el nombre de un empleado ha cambiado en el momento en que este formulario está siendo actualizado o que se realiza la nueva verificación, llene la casilla A.
- B. Si un empleado es contratado nuevamente dentro de tres (3) años de la fecha original del formulario, asimismo el empleado sigue siendo elegible para ser contratado bajo las mismas condiciones previamente señaladas en este formulario (actualización), llene la casilla B y la casilla de la firma.
- C. Si un empleado es contratado nuevamente dentro de tres (3) años de la fecha original de este formulario y la autorización del empleador ha expirado o si la autorización del empleador actual está por vencer (actualización), llene la casilla B y:
 1. Compruebe que cualquier documento que refleje que el empleado está autorizado para trabajar en los E.U.A. (Ver lista A o C);
 2. Anote el título del documento, número del documento y la fecha de vencimiento (si la hay) en la casilla C, y
 3. Llene la casilla de la firma.

¿Cuál es el cargo por tramitación?

No hay ningún cargo por concepto de tramitación del Formulario I-9. Este formulario no es tramitado por la USCIS o por ninguna otra agencia del gobierno. El empleador debe guardar el Formulario I-9 y tenerlo disponible para que pueda ser inspeccionado por funcionarios del gobierno de los E.U.A., como especifica el Aviso de la Ley de Privacidad más adelante.

Formularios e Información de USCIS

Para encargar formularios, por favor llame al **1-800-870-3676**. Si desea conseguir información sobre los formularios de USCIS o sobre las leyes inmigratorias, procedimientos y normas de inmigración, llame a nuestro Centro de Servicio Nacional al Cliente al **1-800-375-5283** o visite nuestra página web: **www.uscis.gov**.

Fotocopia y Conservación del Formulario I-9

Una copia en blanco del Formulario I-9 puede ser reproducida, siempre y cuando ambos lados sean copiados. Las instrucciones deben estar disponibles a todo empleado que llene este formulario. Los empleadores deben conservar los formularios I-9 completos por tres (3) años después de la fecha inicial de empleo o un año después de la fecha en que el empleo termine, lo que sea más tarde.

El Formulario I-9 puede ser firmado y guardado electrónicamente, según lo autorizado en la reglamentación 8 CFR § 274a.2 del Departamento de Seguridad Nacional.

Aviso de la Ley de Privacidad

La autoridad que recopila esta información es la Ley de Reforma y Control de Inmigración de 1986, Pub. L. 99-603 (8 USC 1324a).

Esta información es para que los empleadores verifiquen la elegibilidad de los individuos a contratar para evitar contrataciones ilícitas, reclutamientos o contratados por honorarios, de extranjeros no autorizados a trabajar en los Estados Unidos.

Esta información será usada por los empleadores como base de su registro para determinar la elegibilidad de un empleado para trabajar en los Estados Unidos. El formulario será guardado por el empleador y se hará disponible para la inspección de oficiales del Departamento de Inmigración y Aduanas de los E.U.A., el Departamento de Trabajo y la Oficina del Consejo para Inmigración y Prácticas de Empleo Injustas.

La aportación de la información requerida en este formulario es voluntaria. Sin embargo, un individuo no puede empezar su empleo sin antes llenar este formulario, ya que el empleador está sujeto a sanciones civiles o criminales si no cumple con la Ley de Control y Reforma de Inmigración de 1986.

Ley de Reducción de Trámites

Intentamos crear formularios e instrucciones que sean precisos, fáciles de entender y que le impongan la menor carga posible cuando nos provee información. A menudo esto es difícil porque algunas leyes de inmigración son muy complejas. Por consiguiente, la carga de trámites para la recopilación de información es calculada de la siguiente manera: 1) informarse acerca de este formulario y como llenar el formulario 10 minutos; 2) juntar y archivar (registros) el formulario, 2 minutos, lo cual da un promedio de 15 minutos por respuesta. Si usted tiene algún comentario acerca de precisión de esta estimación o sugerencias para hacer este formulario más simple, puede escribir a: U.S. Citizenship and Immigration Services, Regulatory Management Division, 111 Massachusetts Avenue, N.W., 3rd Floor, Suite 3008, Washington, DC 20529. OMB No. 1615-0047.

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

**Form I-9, Employment
Eligibility Verification**

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de llenar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles cuando se llene este documento.

AVISO ANTI-DISCRIMINACIÓN: Es ilegal discriminar a cualquier individuo elegible para trabajar. Los empleadores NO PUEDEN especificar qué documento(s) aceptarán de un empleado. La negativa a emplear a una persona debido a una fecha futura de vencimiento de los documentos presentados puede constituir discriminación ilegal.

Sección 1. Información y Verificación del Empleado. El formulario deber ser llenado y firmado por el empleado en el momento en el que comience a trabajar.

Nombre en Letras de Imprenta: Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Nombre de Soltero(a)
Dirección (<i>nombre y número de la calle</i>)		Nº de Apto.	Fecha de nacimiento (<i>mes/día/año</i>)
Ciudad	Estado	Código Postal	Nº de Seguro Social

Estoy informado que la ley Federal estipula el encarcelamiento y/o la sanción por declaraciones falsas o por el uso de documentos falsos al llenar este formulario.	Certifico, bajo pena de perjurio, que soy (marque uno de los siguientes):
	<input type="checkbox"/> Ciudadano o natural de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Residente legal permanente (Nº de Extranjero) A _____ <input type="checkbox"/> Extranjero autorizado a trabajar hasta el _____ (Nº de Extranjero o Nº de Admisión) _____

Firma del empleado	Fecha (<i>mes/día/año</i>)
--------------------	------------------------------

Certificación del traductor y, o tercero. (*Se debe llenar y firmar si la Sección 1 la llena cualquier persona que no sea el empleado.*) Certifico, bajo pena de perjurio, que he ayudado a llenar este formulario y que según mi entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Traductor o Tercero	Nombre y Apellido (<i>en imprenta</i>)
Dirección: (<i>Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal</i>)	
Fecha (<i>mes/día/año</i>)	

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador. Se debe llenar y firmar por el empleador. Verifique un documento de la lista A o un documento de la lista B y uno de la lista C, tal y como figura en la parte posterior de esta página, y anote el título, número y fecha de vencimiento, si hay alguna, del documento.

	Lista A	O	Lista B	Y	Lista C
Título del Documento:	_____		_____		_____
Autoridad que Emite el Documento:	_____		_____		_____
Nº de Documento:	_____		_____		_____
Fecha de Vencimiento (<i>si la hay</i>):	_____		_____		_____
Nº de Documento:	_____		_____		_____
Fecha de Vencimiento (<i>de ser el caso</i>):	_____		_____		_____

Certificación - Certifico, bajo pena de perjurio, que he verificado los documentos presentados por el empleado nombrado anteriormente; los documentos en la lista anterior aparentan ser genuinos y son referentes al empleado nombrado. La persona antes mencionada fue empleada (*mes/día/año*) _____ y a mi mejor entender declaro que el empleado es elegible para trabajar en los E.U.A. (Las agencias de empleo del estado pueden omitir la fecha en la que el empleado fue contratado.)

Firma del Empleado o el Representante Autorizado	Nombre y Apellido (<i>en letra de imprenta</i>)	Título
Nombre y Dirección de la Organización o Compañía (<i>Nombre y Número de la Calle, Ciudad, Estado, Código Postal</i>)		Fecha (<i>mes/día/año</i>)

Sección 3. Actualización y Nueva Verificación. Se debe llenar y firmar por el empleador.

A. Nombre (<i>de ser el caso</i>)	B. Fecha de re-contratación (<i>mes/día/año</i>) (<i>de ser el caso</i>)
-------------------------------------	--

C. Si la autorización de trabajo previa de su empleador ha expirado, proporcione la información actual en la que indique la elegibilidad actual para trabajar.

Título de Documento:	Nº de Documento:	Fecha de Vencimiento (<i>si la hay</i>):
----------------------	------------------	--

Certifico, bajo pena de perjurio, con mi mejor conocimiento que este empleado se encuentra apto(a) para trabajar en los E.U.A. En caso de que el empleado haya presentado documentos, los documentos que he revisado aparentan ser genuinos y referentes al empleado.

Firma del Empleado o Representante Autorizado	Fecha (<i>mes/día/año</i>)
---	------------------------------

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

LISTA A Documentos que Establecen Ambas la Identidad y Elegibilidad Para Trabajar	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	LISTA C Documentos que Establecen la Elegibilidad para el Empleo
O 1. Pasaporte Estadounidense (vigente o vencido)	Y 1. Licencia de conducir o Tarjeta de Identificación (ID) emitida por el estado o territorio de los Estados Unidos si contienen fotografía o el nombre, fecha de nacimiento, género, altura, color de ojos y dirección	1. Tarjeta de Seguro Social de los Estados Unidos emitida por la Administración de Seguro Social (con excepción de una tarjeta que indique que no se encuentra apto(a) para trabajar)
2. Tarjeta de Residencia Permanente o Tarjeta de Registro de Extranjeros (Formulario I-551)	2. Tarjeta de Identificación (ID) emitida por agencias o entidades del gobierno federal, estatal o local o si contiene una fotografía o información tal como el nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección	2. Partida de nacimiento en el extranjero emitida por el Departamento de Estado (Formulario FS-545 o Formulario DS-1350)
3. Pasaporte extranjero vigente con un timbre temporal I-551	3. Identificación estudiantil con fotografía	3. Una copia original o certificada de la partida de nacimiento emitida por el estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial
4. Tarjeta de Autorización de Empleo vigente con fotografía (Formulario I-766, I-688, I-688A, I-688B)	4. Tarjeta de registro de votante 5. Tarjeta Militar de los Estados Unidos o tarjeta del servicio militar	4. Documento tribal de Nativo-Americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano(a) Estadounidense (Formulario I-197)
5. Pasaporte extranjero vigente con Registro de Entrada y Salida Vigente, Formulario I-94, llevando el mismo nombre que figura en el pasaporte y conteniendo una certificación del estado no inmigrante del extranjero, si ese estado autoriza a el extranjero a trabajar para el empleador	6. Tarjeta Militar de Identificación de dependientes 7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera Estadounidense 8. Documento tribal de Nativo-Americano 9. Licencia de conducir emitida por el gobierno canadiense	6. Tarjeta emitida para el uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Autorización de Empleo vigente emitida por DHS (que no sea una de las de la lista A)
	<p style="text-align: center;">Para personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar los documentos en la lista anterior:</p> 10. Expediente académico o tarjeta de calificaciones 11. Informe médico, de clínica u hospital 12. Registro de guadería	

En la parte 8 del Manual para Empleadores (M-274) encontrará ejemplos de muchos de estos documentos.