

APLICACION PARA EMPLEO

Lugar de Empleo:		Fecha:	
Nombre (Apellido, Nombres):		Número de Seguro Social:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:	Uno 1. Dos 2.	Tiene 18 años de edad o más? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ud. Tiene autorización legal para trabajar en este país? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de visa:			
TRABAJO SOLICITADO:			
Posición:		La fecha que puede empezar:	Salario Deseado:
¿Esta Ud. trabajando ahora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Podemos ponernos en contacto con su empleador? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha solicitado empleo en esta compañía anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Donde?	¿Cuándo?
Referido por:			
Disponibilidad: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo medio <input type="checkbox"/> Fines de semana		¿Cómo se entero de esta compañía?	
Horario: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche			
EDUCACIÓN:			
ESCUELA SECUNDARIA	DIRECCIÓN	ULTIMO AÑO DE TERMINADO	DIPLOMA / TITULO?
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Describe cualquier entrenamiento especial, aprendizaje, habilidades, actividades, extraescolares que Ud. ha recibido.			
ESCUELA VOCACIONAL	DIRECCIÓN	ULTIMO AÑO DE TERMINADO	DIPLOMA / TITULO?
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Describe cualquier entrenamiento especial, aprendizaje, habilidades, actividades, extraescolares que Ud. ha recibido.			
UNIVERSIDAD	DIRECCIÓN	ULTIMO AÑO DE TERMINADO	DIPLOMA / TITULO?
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Describe cualquier entrenamiento especial, aprendizaje, habilidades, actividades, extraescolares que Ud. ha recibido.			
REFERENCIAS: Anote tres referencia profesionales / personales. Estas personas tienen que haberle conocido a usted por lo meno 3 años.			
Nombre / Relación:		Profesión:	Teléfono:
Nombre / Relación:		Profesión:	Teléfono:
Nombre / Relación:		Profesión:	Teléfono:
ATTENTION WORKSITE SUPERVISOR - PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION FOR PAYROLL PROCESSING:			
PAY RATE (Salray / Hourly / Piece Work): _____ Occupational Code: _____ Date Reporting to work: _____			
Authorized By: _____ Date Authorized: _____			

EMPLEO ANTERIOR:				
COMPAÑIA	DIRRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE SUPERVISOR	POSICIÓN	FECHAS DE EMPLEO		SUELDO RECIBIDO
		DESDE:	HASTA:	
TELÉFONO	RAZÓN POR LA QUE SE FUE DEL TRABAJO			
DESCRIPCIÓN DE TRABAJO				
COMPAÑIA	DIRRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE SUPERVISOR	POSICIÓN	FECHAS DE EMPLEO		SUELDO RECIBIDO
		DESDE:	HASTA:	
TELÉFONO	RAZÓN POR LA QUE SE FUE DEL TRABAJO			
DESCRIPCIÓN DE TRABAJO				
COMPAÑIA	DIRRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE SUPERVISOR	POSICIÓN	FECHAS DE EMPLEO		SUELDO RECIBIDO
		DESDE:	HASTA:	
TELÉFONO	RAZÓN POR LA QUE SE FUE DEL TRABAJO			
DESCRIPCIÓN DE TRABAJO				
<p>Por la presente afirmo: la información contenida en esta solicitud es cierta y exacta. Si alguna información es falsa o engañosa, PSG/KBS, INC puede tener la discreción de inmediatamente destituirme. Si se me emplea, provereé documentación de autorización para trabajar en los Estados Unidos. Le doy permiso a PSG/KBS, INC de comunicarse con mis empleadores anteriores, con cualquier cliente de PSG/KBS, INC, o compañía de seguros para solicitar información acerca de mi. Doy permiso para que PSG/KBS, INC le de información a otros empleadores acerca de mi si estos la solicitan. Entiendo que mi empleo puede depender de pasar un examen físico, y/o análisis de detección de drogas y alcohol. Si se me emplea, estoy dispuesto para que se me haga, si PSG/KBS, INC lo considera prudente, un análisis de detección de drogas o alcohol para mi seguridad y la seguridad de otros, y, en conexión con las lesiones del trabajo. Entiendo y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones contenidas en el manual de pólizas de la compañía de PSG/KBS, INC incluyendo los que están intitulados "Póliza de Abuso de Sustancias"; Beneficios Médicos y Lesión Ocupacional de Indemnización" y todos los que están incorporados y son parte de mi empleo, y que he tenido la oportunidad de revisar las pólizas, y que estoy de acuerdo con las pólizas y las entiendo completamente.</p>				
Firma del Slicitante Candidato:			Fecha:	



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

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

▶ **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 <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>		Middle Initial	Other Last Names Used <i>(if any)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i>	U.S. Social Security Number □□□□ - □□ - □□□□		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): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><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.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

Signature of Employee	Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>
-----------------------	----------------------------------

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 <i>(mm/dd/yyyy)</i>	
Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>		City or Town	State ZIP Code

Employer Completes Next Page

Certificado de Retenciones del Empleado

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

► **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**

► **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

Paso 1:
Anote su información personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		► ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado		
<input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos		
<input type="checkbox"/> 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).		

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

Paso 2:
Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo 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) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4); **o**
- (b) Utilice la Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada; **o**
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario ►

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de dependientes	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):		
	Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ► \$ _____		
	Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ► \$ _____		
	Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí	3	\$ _____
Paso 4 (opcional): Otros ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). 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. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y 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)	\$ _____

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)
	PSG, Inc. DBA KBS Staffing 480 W. Alluvial, Fresno, CA 93650		