



APLICACION PARA NUEVA EMPLEADO

Nombre del cliente: _____

Direccion de casa: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleado: _____

Primer Nombre

Apellido

Firma del empleado: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____



Bienvenido

Esta compañía es un patrono con igualdad de oportunidad de empleo. No discriminamos a ningún empleado por distinción de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, incapacidad o estado civil. Le aseguramos que su oportunidad de empleo con este patrono dependera únicamente de sus calificaciones. La compañía también acomoda a personas con incapacidades, y creencias religiosas.

Intrucciones para el empleado:

1. Complete este libro en su totalidad
2. Este folleto requiere firmas para completarlo y procesarlo con éxito:
 - * Certificación de nuevo empleado
 - * Certificación de elegibilidad de empleo
 - * Certificado de retención W-4
 - * Certificación de política de lugar de trabajo libre de drogas
 - * Certificación de política de acoso
 - * Reglas de seguridad
 - * Formulario de depósito directo
 - * Policías y procedimientos
 - * Descargo de responsabilidad I-9
 - * Autorización de firma electrónica

Intrucciones Gerenciales:

1. Verifique la firma en la página de Certificación de nuevos empleados.
2. Complete la Verificación de elegibilidad de empleo y haga que un representante autorizado firme la casilla 2.
3. Se debe completar el Certificado Federal de Retención; verifique el número que aparece en línea; verificar la firma.
4. Verificar visualmente y hacer copias de los documentos utilizados para verificar la elegibilidad laboral del empleado.
5. Los clientes de Drug Free Workplace deben verificar y presenciar la firma del empleado. Proporcionar empleados con la documentación adecuada y dirigirlos a las instalaciones adecuadas para realizar las pruebas.
6. Verifique la firma en la Certificación de la política de acoso.
7. Verificar la firma de las Directrices de seguridad.
8. Si el empleado desea utilizar el depósito directo, asegúrese de adjuntar un cheque anulado junto con el formulario firmado.



Certificación del Nuevo Empleado

Afirmo y certifico que se me ha hecho una oferta de empleo, condicionada a la finalización satisfactoria de este manual de nuevas contrataciones y que toda la información proporcionada en este documento con la Compañía es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Me comprometo a cumplir con todas las pólizas, procedimientos y normas de seguridad de la Compañía.

Entiendo que si soy contratado, mi empleo en la Compañía no será por un término específico y puede ser cancelado por mí o por la Compañía sin previo aviso o causa en cualquier momento. Además, entiendo que ninguna promesa oral, póliza de la Compañía, procedimientos proactivos de negocios personalizados u otro procedimiento (incluido el Manual del Empleado de la Compañía o cualquier manual de personal) constituirá un contrato de empleo o una modificación de la relación de empleo a voluntad entre la Compañía y yo.

Reconozco que como condición de empleo, la Compañía tiene derecho y puede requerir pruebas de drogas y alcohol. Las pruebas serán a cargo de la Compañía. Estoy de acuerdo en someterme a tales pruebas si me lo piden.

Estoy de acuerdo en cumplir con la dirección y supervisión de la gerencia con respecto a la operación diaria de mis tareas, que incluyen, entre otras, la determinación de mis salarios o niveles salariales, evaluaciones de desempeño, programación, promociones, transferencias y beneficios.

(Primer Nombre)

(Apellido)

(Fecha)



Información Del Empleado

(completado por el empleado):

Nombre del Empleado: _____
Last First M.I.

Dirección de casa: _____
Apt. #

Teléfono: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____
mm/dd/yyyy

Número de carnet de conducir: _____ Fecha de vencimiento de DL: _____
mm/dd/yyyy

Estado donde se emitió la licencia: _____

Género Masculino Femenino

Raza: Blanco Afroamericano Hispano Asiático / Isleño del Pacífico
 Indoamericano

Contacto primario: _____ Relación: _____

Contacto principal: _____ Teléfono móvil: _____

Contacto secundario: _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA (completado por el supervisor):

Nombre de la Compañía: _____ Posición: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Comienzo: _____

Pago: _____ Estado: _____

División: _____ Código de Compensación: _____



Resumen de la Póliza de Trabajo Libre de Drogas

En un compromiso para salvaguardar la salud de nuestros empleados y para proporcionar un entorno de trabajo seguro, hemos establecido una Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas para nuestra compañía. Esta póliza se establece de acuerdo con los requisitos del programa de Lugar de Trabajo Libre de Drogas bajo las leyes y regulaciones estatales aplicables y la Norma 49 CFR del Departamento de Transporte, Procedimientos para Pruebas de Drogas en el Lugar de Trabajo de Transporte. El contenido de estas pautas de drogas y alcohol se presentan como declaraciones de la póliza actual de la compañía y pueden ser modificadas y actualizadas por la compañía según sea necesario. Estas pautas no pretenden crear un contrato entre la compañía y ningún empleado. Nada en estas pautas vincula a la compañía con un período específico o definido de empleo o con pólizas, procedimientos, acciones, reglas, términos o condiciones de empleo específicos. Los detalles de esta póliza se pueden obtener de la gerencia.

Partes esenciales de la póliza:

- El cumplimiento de esta póliza es una condición para el empleo continuo.
- Esta póliza prohíbe la venta, posesión, uso, fabricación o distribución de drogas, parafernalia de drogas o alcohol mientras trabaja para o en propiedad asignada o de propiedad de la compañía, o mientras opera cualquier vehículo, maquinaria o equipo propiedad o arrendado por la compañía.
- Es una violación de esta póliza declarar que funciona si se encuentra que hay drogas o alcohol presentes en su sistema o por encima del nivel prescrito por las reglas de prueba de drogas.
- Es una violación de esta póliza informar al trabajo, regresar al trabajo o permanecer en el trabajo con el olor a alcohol en su respiración, independientemente de si está o no intoxicado actualmente.

Pruebas de empleados:

- Prueba de sospecha razonable: los empleados pueden ser examinados cuando existe una sospecha razonable de que el empleado está usando o ha usado drogas mientras realiza sus tareas asignadas.
- Pruebas de aptitud para el trabajo de rutina: es posible que se requiera que los empleados como condición de empleo continuo se realicen pruebas de detección de drogas si la prueba se realiza como parte de un examen médico de rutina para el servicio.
- Post - accidente /incidente de la prueba: Empleado que causan o contribuyen a un accidente puede ser obligado a someterse a una prueba de drogas. Los empleados, mientras están en el trabajo, quienes sufren lesiones que requieren tratamiento médico más allá de los primeros auxilios pueden someterse a pruebas de drogas.
- Pruebas de seguimiento: empleados que han sido determinados a haber consumido drogas o alcohol y son retenidos por la compañía estarán sujetos a pruebas de drogas de seguimiento no anunciadas al menos una vez al año por un período de hasta 2 años.
- Pruebas adicionales: Las pruebas adicionales, incluidas las pruebas aleatorias, también se pueden realizar según lo exijan las leyes, normas o reglamentos estatales o federales aplicables, o según lo considere necesario la compañía.

Acción disciplinarian:

- La compañía puede suspender a los empleados sin pago bajo esta póliza en espera de los resultados de una prueba o investigación de drogas.
- En el caso de una violación por primera vez de esta póliza, cuando un empleado tiene un resultado positivo de prueba de alcohol o drogas, (sin evidencia de uso, venta, distribución, dispensación o compra de drogas o alcohol en propiedad de la compañía o mientras está en deber), el empleado será subarrendado para disciplinar hasta e incluyendo el despido.
- Cualquier empleado que tenga una segunda violación de cualquiera de las partes de esta póliza será despedido.
- Cualquier empleado que use, venda, compre, o distribuya drogas o alcohol mientras esté de servicio o mientras se encuentre en propiedad de la compañía será despedido.
- A un empleado que se niega a someterse a la detección de drogas se le puede negar el empleo continuo.
- Un empleado que se niega a cooperar con un puesto de detección de drogas - accidente estará sujeto a disciplina hasta e incluyendo el despido.
- A un empleado lesionado en un accidente de trabajo que ha confirmado un resultado de prueba positivo se le puede negar la elegibilidad para recibir beneficios médicos y de indemnización según lo estipulan las leyes de compensación de trabajadores aplicables.
- A un empleado que se le da de baja del servicio basado en una prueba positiva confirmada se le negará y posiblemente r echazará su reclamación de beneficios de compensación por desempleo.



Resumen de la póliza de Trabajo Libre de Drogas

Derechos y responsabilidades de los empleados:

- A cada empleado se le dará una oportunidad, tanto antes como después de la detección del uso de drogas, para informar de manera confidencial al Oficial de Revisión Médica asignado el uso de medicamentos recetados y / o sin receta que puedan alterar o afectar los resultados de una prueba.
- Los empleados tienen el derecho, previa solicitud por escrito, de recibir una copia del resultado de la prueba de drogas.
- Los empleados tienen el derecho de consultar al Oficial de Revisión Médica (MRO, por sus siglas en inglés) para obtener información técnica sobre medicamentos recetados y sin receta. Las direcciones de los MRO se pueden obtener de la gerencia.
- Un empleado que está utilizando la prescripción y / o medicamentos de venta sin receta que puede afectar a la capacidad del empleado para trabajar con seguridad deberá informar el uso de medicamentos a su supervisor o de gestión antes de iniciar cualquier trabajo - actividad relacionada. Esta notificación se mantendrá estrictamente confidencial, pero el hecho de no notificar a su supervisor o a la gerencia puede resultar en una acción disciplinaria.
- Toda la información, entrevistas, informes, memorandos de declaraciones y resultados de pruebas de drogas, escritos o no, recibidos por la compañía como parte de este programa de pruebas de drogas son comunicaciones confidenciales. A menos que lo autoricen las leyes, normas o reglamentos estatales o federales, la compañía no divulgará dicha información sin un formulario de consentimiento por escrito firmado voluntariamente por la persona examinada.
- Un empleado que recibe un resultado positivo confirmado de prueba de drogas tiene el derecho de impugnar el resultado.
- A un empleado que elige desafiar los resultados de un resultado de prueba positivo confirmado se le puede volver a probar la muestra original en otro laboratorio calificado. Todas las re-pruebas serán a cargo del empleado.
- El empleado tiene la responsabilidad de notificar al laboratorio de pruebas de drogas de cualquier acción administrativa o civil iniciada en relación con los resultados de los medicamentos. El laboratorio mantendrá una muestra hasta que se resuelva el caso de apelación administrativa.
- Hay disponible una lista del Programa de Asistente de Empleado / Programa de Abuso de Sustancias y se proporcionará a solicitud.
- La compañía proporcionará a los empleados un período de capacitación sobre el abuso de sustancias y esta es una póliza de lugar de trabajo libre de drogas.

Firma de Reconocimiento:

Por la presente reconozco que he recibido y leído un resumen de La Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas de la Compañía. He tenido la oportunidad de tener este material completamente explicado.

Entiendo que este programa de abuso de sustancias está establecido como un requisito de seguridad de acuerdo con las regulaciones estatales aplicables. El programa incluye pruebas de rutina de orina, cabello, sangre u otras muestras autorizadas para determinar la presencia de drogas ilegales. La compañía o sus agentes pueden realizar estas pruebas en cualquier momento para determinar que los empleados cumplan con los requisitos necesarios para el empleo y el empleo continuo. También entiendo que la política del lugar de trabajo libre de drogas y los documentos relacionados no pretenden constituir un contrato entre la compañía y yo.

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido, autorizado y acepto la declaración anterior y cualquier apéndice adjunto y, por la presente, participo voluntariamente en el programa de pruebas de abuso de sustancias.

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Fecha



Póliza de Acoso

PROPÓSITO:

Estamos comprometidos a mantener un ambiente laboral libre de acoso por motivos de raza, credo, religión, género, sexo, origen nacional, edad, estado civil, orientación sexual, o discapacidad. No toleraremos el acoso al personal por parte de un supervisor, compañero de trabajo, proveedor, cliente o cualquier otra persona. El lugar de trabajo y el acoso sexual pueden violar uno o más de los siguientes:

- Título IV de la Ley de Derechos Civiles de 1964.
- Ley de Empleo por Discriminación por Edad
- Acta de Americanos con Discapacidades

Cualquier empleado que se involucre en acoso sexual u otro acoso ilegal viola esta política y la ley y será disciplinado hasta e incluyendo la terminación inmediata.

GUIAS:

El acoso es una conducta verbal o física que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo debido a su raza, color, credo, religión, género, origen nacional, edad, estado civil o discapacidad cuando:

1. Tiene el propósito o efecto de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo
2. Tiene el propósito del efecto de interferir sin razón con el desempeño laboral de un individuo; o
3. De lo contrario, afecta negativamente a las oportunidades de empleo de un individuo.

Los ejemplos de acoso inapropiado y prohibido incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Epítetos, insultos, estereotipos negativos o actos amenazantes, intimidantes u hostiles relacionados con la raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad; y,
2. Material escrito o gráfico que denigra o muestra hostilidad hacia un individuo o grupo debido a su raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad y se coloca en paredes, tableros de anuncios o en cualquier otro lugar en los locales de la empresa o circularon en el lugar de trabajo. Esto también incluye actos que pretenden ser "bromas", pero que son hostiles o degradantes, como correos de odio, amenazas, fotografías desfiguradas u otras conductas similares.

Los avances sexuales, la solicitud de favores sexuales y cualquier otra conducta física, verbal o visual de naturaleza sexual constituyen acoso sexual cuando:

1. La sumisión a la conducta es un término o condición explícita o implícita de empleo o empleo continuo;
2. La sumisión o rechazo de la conducta se utiliza como base para las decisiones de empleo que afectan a un empleado, como una promoción, degradación o evaluación;
3. La conducta tiene el propósito o el efecto de interferir razonablemente en el desempeño laboral o de crear un ambiente laboral intimidante, hostil u ofensivo.

El acoso sexual puede incluir, pero no se limita a, proposiciones sexuales no deseadas; insinuaciones sexuales, comentarios sugestivos; Comentarios, gestos o conducta vulgar o sexualmente explícita; bromas, bromas o bromas prácticas orientadas al sexo; y el contacto físico, como rozar el cuerpo de otra persona, pellizcar o palmear. El acoso sexual y en el lugar de trabajo puede estar presente cuando el objetivo de la conducta no es ofendido, pero otros consideran que la conducta es intimidante, hostil o abusiva.



Reglas de Seguridad

Estas pautas de seguridad se proporcionan para su información y educación. Su objetivo es proporcionarle información básica de seguridad que lo ayudará a evitar lesiones mientras realiza sus actividades diarias.

DIRECTRICES GENERALES DE SEGURIDAD

1. Es importante que todos los empleados informen todas las lesiones relacionadas con el trabajo a su supervisor inmediato tan pronto como sea posible después de que se den cuenta de la lesión.
2. Todos deben tener mucho cuidado y consideración en el desempeño de sus deberes para asegurarse de que no causen lesiones a otros o creen riesgos laborales que podrían causar lesiones a otros.
3. Nadie debe tratar de levantar o mover objetos pesados /voluminosos que podrían causar lesiones en la espalda u otras partes del cuerpo. Se le solicita que busque ayuda.
4. Las herramientas personales, el equipo, los cables de extensión, los productos químicos o los calentadores eléctricos no deben ponerse en funcionamiento sin la autorización de la gerencia.
5. Cuando tenga conocimiento de un defecto en la instalación o en el equipo, infórmelo al administrador de la instalación para que tome las medidas correctivas adecuadas. El no informar las condiciones defectuosas puede causar lesiones.
6. Nunca intente reparar equipos o aparatos eléctricos mientras esté en servicio. Etiquétalos fuera de servicio y notifica a la autoridad apropiada para afectar la reparación.
7. Los gabinetes pueden ser muy peligrosos si se usan incorrectamente. Abrir dos cajones simultáneamente puede hacer que un gabinete se caiga al piso. Siempre que sea posible, los gabinetes deben atornillarse en conjunto, asegurarlos al piso o pared.
8. Los líquidos inflamables siempre deben almacenarse en recipientes apropiados y cerrados. Los suministros grandes deben almacenarse en gabinetes aprobados por UL o otros medios apropiados descritos por el Departamento de Bomberos. Los líquidos inflamables nunca deben dejarse desatendidos.
9. Los objetos pesados deben almacenarse en estantes inferiores, mientras que los más ligeros y menos peligrosos pueden almacenarse en los estantes medios y superiores.
10. Las estanterías, los gabinetes de almacenamiento y otras áreas de almacenamiento elevadas deben estar bien aseguradas.
11. Los muebles defectuosos, las alfombras gastadas, las sillas defectuosas, los pasamanos sueltos u otros defectos de las instalaciones que podrían contribuir a un accidente deben informarse a los servicios del edificio para que tomen las medidas correctivas adecuadas.
12. Todos deben tomarse un tiempo para ser educados con respecto a los procedimientos de emergencia.

TÉCNICAS DE ELEVACIÓN APROPIADAS

1. **POSTURA:** Su espalda y cuello tienen curvas naturales que deben mantenerse flexibles. Una buena postura mantiene esas curvas y reduce el estrés en los músculos, los ligamentos y los discos que absorben los golpes entre los huesos de la columna vertebral.
2. **PLAN:** Levante mentalmente primero, planifique su ruta y el lugar donde colocará la carga. Cuando la carga sea pesada o voluminosa, busque ayuda. Pedir a un compañero de trabajo o utilizar equipos para facilitar la tarea (por ejemplo, mecánica elevadora, carretilla, etc.).
3. **LEVANTAMIENTO:** Establezca una buena posición al acercarse al objeto que pretende levantar. Doble tus rodillas, no tu espalda, y agárrate bien. Planea sostener el objeto cerca de tu cuerpo. Aprieta tu estómago mientras levantas. Levante suavemente con sus piernas, no su espalda.
4. **MOVIMIENTO:** Párese derecho mientras mueve el objeto. No tuerza su cuerpo mientras levanta; más bien, gira los pies. Mantén tu equilibrio. Si tienes un problema, pide ayuda. Esté seguro de su paso y camino.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PAUTAS DE SEGURIDAD. SIEMPRE MANTENERÉ PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURO COMO SE ESCRIBIÓ ANTERIORMENTE Y REPORTARÉ INMEDIATAMENTE CUALQUIER INFACCIÓN A MI SUPERVISOR.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____



Formulario Para Deposito Directo

Nos complace ofrecerle depósito directo. Ahora puede hacer que su cheque de pago se deposite automáticamente en su cuenta corriente o cuenta de ahorros el día de pago y no tiene que cambiar su relación bancaria actual para aprovechar este servicio.

Así es como funciona el depósito directo:

Una vez que su depósito directo ha sido ingresado en nuestro sistema, su cuenta pasa al estado de pre-nota, para verificar que tenemos el número de cuenta correcto configurado. Esto suele tardar 5 días hábiles. Una vez verificado correctamente, su depósito directo se activa.

El día de pago recibirá una declaración de ingresos que muestra el salario bruto, los impuestos, otras deducciones y el pago neto. Su dinero ya habrá sido depositado en su (s) cuenta (s). El monto del depósito aparecerá en su extracto bancario. Creemos que le gustará la conveniencia adicional de que su pago neto se deposite automáticamente por usted. El depósito directo es seguro, conveniente y fácil.

Todo lo que necesitas hacer es:

1. Marque la casilla junto al tipo de cuenta para indicar si su pago neto se depositará en su cuenta corriente o de ahorros.
2. Escriba su nombre, el nombre y la ubicación de su institución financiera y la fecha de hoy.
3. Adjunte un cheque anulado para verificar la información de la institución financiera. Si no puede adjuntar el cheque anulado, ingrese su número de cuenta. NOTA: ¡Asegúrese de firmar el formulario!

Nombre: _____ Nombre del cliente / empleador: _____

Teléfono: _____ Email: _____ SSN (últimos 4 dígitos): _____

Acción solicitada (marque una)

- Iniciar depósito directo Detener el depósito directo
 Cambiar (agregar / eliminar un banco, aumentar / disminuir un monto fijo o seleccionar una nueva cuenta bancaria)

Fecha efectiva

- Tan pronto como sea posible
 Fecha de pago futura _____

Nombre del banco: _____
Número de ruta: _____ Cuenta #: _____ Comprobación Ahorros
Marque solo una casilla: Deposite cualquier saldo del pago neto en esta cuenta Deposito completo Importe fijo o porcentaje \$ / %

Nombre del banco: _____
Número de ruta: _____ Cuenta #: _____ Comprobación Ahorros
Marque solo una casilla: Deposite cualquier saldo del pago neto en esta cuenta Deposito completo Importe fijo o porcentaje \$ / %

Nombre del banco: _____
Número de ruta: _____ Cuenta #: _____ Comprobación Ahorros
Marque solo una casilla: Deposite cualquier saldo del pago neto en esta cuenta Deposito completo Importe fijo o porcentaje \$ / %

Nombre del banco: _____
Número de ruta: _____ Cuenta #: _____ Comprobación Ahorros
Marque solo una casilla: Deposite cualquier saldo del pago neto en esta cuenta Deposito completo Importe fijo o porcentaje \$ / %

Autorizo a Star HR a depositar mi pago neto mediante depósito directo en mi (s) cuenta (s) como se indica arriba. Si los fondos a los que no tengo derecho se depositan en mi (s) cuenta (s), autorizo a Star HR a indicar a las instituciones financieras que devuelvan dichos fondos.

Entiendo que es mi responsabilidad verificar que los pagos se hayan acreditado en mi (s) cuenta (s) y que Star HR no asume responsabilidad alguna por sobregiros por ningún motivo. Entiendo que en el caso de que mi (s) institución (es) financiera (es) no pueda (n) depositar una transferencia electrónica en mi cuenta debido a alguna acción que tome, Star HR no puede emitirme fondos hasta que mis fondos sean devueltos a Star HR por mi institución (es).

Entiendo que esta autorización anulará cualquier autorización previa y permanecerá en vigor hasta que a) sea revocada por mi solicitud por escrito; o b) inmediatamente después de mi despido en Star HR; o c) 120 días después de la emisión de mi último cheque de pago.

Entiendo que debo notificar inmediatamente a Star HR antes de cerrar cualquiera o todas las cuentas enumeradas anteriormente mientras esta autorización esté en vigor. Yo también lo entiendo. Se me cobrará cualquier cargo incurrido debido a cuentas cerradas o inválidas.

Firma del empleado: _____ Fecha de hoy: _____



Descargo de responsabilidad I-9

EMPLEADOR IN SITU / EMPRESA CLIENTE
POR FAVOR COMPLETE Y CONSERVE EL I-9AT
TU UBICACIÓN.

STAR HR NO RECIBE NI MANTENGA FORMULARIOS I-9.
POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE
GOBIERNO VÁLIDO DEL EMPLEADO
IDENTIFICACIÓN CON FOTO EMITIDA CON LA SOLICITUD.



Autorización de firma electrónica y Registro del portal de empleados

Star HR se complace en ser su nuevo proveedor de nómina. Para su comodidad, hemos llenado automáticamente su Paquete de Empleados Nuevos con la información que ya tiene archivada. Vaya a <http://starhro.com/resources/> para obtener una copia del Paquete para nuevos empleados y el Manual de seguridad del empleado. Tanto Star HR como el Empleado (partes) acuerdan que el Paquete para nuevos empleados y el Manual de seguridad del empleado pueden firmarse electrónicamente. Las partes acuerdan que las firmas electrónicas que aparecen en estos documentos son las mismas que las firmas manuscritas para efectos de validez, exigibilidad y admisibilidad. Si desea una versión impresa del paquete de nuevas contrataciones, consulte a su supervisor del lugar de trabajo. También puede conectarse y navegar a la siguiente dirección <https://key-ep.prismhr.com/#/auth/login> para acceder a los talones de pago y otra información importante de los empleados. Si no tenemos su dirección de correo electrónico correcta registrada, no podrá registrarse en el portal de empleados.

Una vez allí, verá la siguiente pantalla y deberá hacer clic en registrarse para inscribirse.



Una vez en la pantalla del portal de empleados

<https://key-ep.prismhr.com/#/auth/login>

Una vez en la pantalla del portal de empleados

<https://clave-ep.prismhr.com/#/auth/login>

ingrese el apellido y la seguridad social

número que coincide con lo que está en su

registro de empleado.



Deberá tener una dirección de correo electrónico personal para recibir restablecimientos de contraseña y verificación.

Nombre de usuario y la contraseña debe crearse en el

siguiente paso; consulte los parámetros para la contraseña.

La contraseña debe contener lo siguiente:

8 caracteres de longitud

contener al menos 1 número

contener al menos una letra mayúscula

contener al menos una letra minúscula contener al menos

un símbolo

Nombre en letra de imprenta del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

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

2024

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 Cónyuge sobreviviente 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 y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos 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) Utilice el estimador de retención de impuestos 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, utilice esta opción; **o**
- (b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **o**
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (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 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 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3:

Reclamación de Dependiente y Otros Créditos

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 para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí

3 \$

Paso 4

(opcional): Otros Ajustes

(a) **Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).** 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)
----------------------------------	-------------------------	--

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4, como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Si no se le retiene una cantidad suficiente, por lo general, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa. Si se le retiene demasiado, por lo general, recibirá un reembolso. Complete un Formulario W-4 nuevo cuando cambios a su situación personal o financiera modificaran las entradas en el formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo presentar un Formulario W-4 nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado).

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2024 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2023, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2024, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2023 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2023 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 28 y 29) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2024. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo “*Exempt*” (Exento) en el Formulario W-4 en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 15 de febrero de 2025.

Su privacidad. Los Pasos 2(c) y 4(a) solicitan información relacionada con el ingreso recibido de otras fuentes aparte del trabajo asociado a este Formulario W-4. Si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 2(c), usted puede escoger el Paso 2(b) como alternativa; si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c) como alternativa.

Cuándo usar el estimador de retención de impuestos. Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Recibe dividendos, ganancias de capital, Seguro Social, bonos o ingresos de negocios, o está sujeto al Impuesto Adicional del Medicare o al *Net Investment Income Tax* (Impuesto sobre los ingresos netos de inversión); o
3. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar estos impuestos por medio de la retención de sus salarios, use el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular la cantidad que se tiene que retener.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones suplementarias del Formulario W-4 para extranjeros no residentes), antes de completar este formulario.

Instrucciones Específicas

Paso 1(c). Verifique su estado civil anticipado para efectos de la declaración. Esto determinará la deducción estándar y las tasas de impuesto utilizadas para calcular su retención.

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

La opción **(a)** calcula con mayor precisión el impuesto adicional que se le tiene que retener, mientras que la opción **(b)** lo calcula con menor precisión.

En su lugar, si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción **(c)**. El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4 para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional será mayor, mientras más grande sea la diferencia salarial entre los dos empleos.



Múltiples empleos. Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un Formulario W-4. La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto.

Paso 3. Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración). También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

Paso 4(a). Anote en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año, si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún empleo o ingresos del trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), es probable que no tenga que hacer pagos de impuesto estimado para ese ingreso. Si prefiere pagar el impuesto estimado en lugar de tener impuestos sobre otros ingresos retenidos de su cheque de paga, vea el Formulario 1040-ES, Impuesto Estimado Personal.

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2024 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos IRA.

Paso 4(c). Anote en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su paga en **cada período de pago**, incluida cualquier cantidad proveniente de la línea 4 de la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos**. El anotar una cantidad aquí reducirá su cheque de paga y aumentará su reembolso o reducirá cualquier cantidad de impuesto que usted adeude.

Paso 2(b) – Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos (Guarde para sus archivos).



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4 (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) sólo en UN Formulario W-4. La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario MÁS ALTO. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales; o puede utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 Dos empleos. Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO" y la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO", encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 1. Luego, pase a la línea 3 1 \$
2 Tres empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, pase a la línea 3.
a Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO" y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO". Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 2a 2a \$
b Sume los salarios anuales de la línea 2a de los dos empleos mejor pagados y utilice ese total como los salarios en la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO" y utilice los salarios anuales para su tercer empleo en la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO" para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 y anote esa cantidad en la línea 2b 2b \$
c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c 2c \$
3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario MÁS ALTO. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etc. 3
4 Divida la cantidad anual en la línea 1 o la línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Anote esta cantidad aquí y en el Paso 4(c) del Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario MÁS ALTO (junto con cualquier otra retención adicional que desee) 4 \$

Paso 4(b) – Hoja de Trabajo para Deducciones (Guarde para sus archivos).



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2024 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos 1 \$
2 Anote: { \$29,200 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos; \$21,900 si es cabeza de familia; \$14,600 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado } 2 \$
3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote "-0-" 3 \$
4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040)). Vea la Publicación 505 para más información 4 \$
5 Sume las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4 5 \$

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para cumplir con las leyes que rigen la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuesto federal sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE. UU. y territorios estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas, y también al Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para propósitos del National Directory of New Hires (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer

cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Casado que Presenta una Declaración Conjunta o Cónyuge Sobreviviente que Reúne los Requisitos

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 y más	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Cabeza de Familia

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230

Screening Notice and Certification Request for the Work Opportunity Credit

► Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.

Solicitante de empleo: complete las líneas a continuación y marque las casillas correspondientes. Completa solo este lado.

Nombre: _____ Número de seguridad social ► _____

Dirección de la Calle Donde Usted Vive: _____

Ciudad o pueblo, estado y código postal: _____

Condado: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene menos de 40 años, ingrese su fecha de nacimiento (mes, día, año): _____

- 1 Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.
- 2 Check here if **any** of the following statements apply to you.
 - I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a. Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b. Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.
- 3 Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 4 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.
- 5 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 6 Check here if you are a member of a family that:
 - Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.
- 7 Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

Firma: todos los solicitantes deben firmar

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

SIGN HERE

Job applicant's signature ►

Date

Estimado nuevo empleado: su empleador está participando en un programa federal para iniciar los trabajos. Para completar los requisitos, por favor complete la siguiente encuesta:

Firma: _____ Fecha: ___ / ___ / ___ Seguridad Social: # _____ - _____ - _____
Print nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ ¿años tienes?: _____
Ha trabajado para este empleador antes? SÍ NO si es sí, última fecha de empleo: ___ / ___ / ___

Por favor respuesta YES OR NO a las siguientes preguntas:

(Por favor también completar la parte superior y firmar la parte inferior de la forma 8850. ¡ Gracias!)

1. **En los últimos 6 meses, usted o el miembro de la familia recibieron complemento /Food Stamps? SÍ NO** Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
 2. **En los últimos 18 meses, han recibido TANF (asistencia temporal para familias necesitadas)? SÍ NO** Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
 3. **¿Eres un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? SÍ NO (Si NO, por favor vaya a la pregunta #4.)**
 - Han sido desempleados combinado periodo de (6) meses durante el año pasado? SÍ NO
 - *Ha estado desempleado durante un combinado (4) semanas pero menos de (6) meses durante el año pasado?* SÍ NO
 - *Fueron descargadas o liberado del servicio activo en el último año?* SÍ NO
 - *Son usted tiene derecho a una indemnización por una incapacidad relacionada con el servicio?* SÍ NO
 - **¿Es un miembro de una familia que recibe beneficios de SNAP por al menos 3 meses durante los últimos 15 meses antes de que fueron contratados? SÍ NO** Si sí, por favor dar nombre de destinatario primario y ciudad/estado: _____
 4. **¿En los últimos 60 días, usted recibió beneficios de seguridad de ingreso suplementario (SSI)? SÍ NO**
 5. **¿En el último año, usted condenado por un crimen o sale de la cárcel tras una condena por delito mayor? SÍ NO**
¿Si NO • Si sí, anote la fecha de convicción: ___ / ___ / ___ y la fecha de lanzamiento: ___ / ___ / ___
 - era un federal o una convicción de estado?
 6. **Ser referidos por una agencia para empleados con discapacidades?**
(Debe ser una agencia de rehabilitación vocacional) SÍ NO
 - ¿Está siendo referido por boleto de la Seguridad Social al programa de trabajo para los empleados con discapacidades? SÍ NO
 - ¿Está siendo referido por el Departamento de Asuntos Veteranos? SÍ NO
 7. **¿Ha recibido compensación por desempleo por más de 26 semanas consecutivas? SÍ NO**
-

Starting Wage: \$ _____

Start Date: ___ / ___ / ___

CMS es responsable de administrar este programa para su empleador y es una organización independiente. Toda la información divulgada por usted, por lo tanto, será manejada independientemente por su empleador. La información que proporcione es confidencial y solo será utilizada por CMS en estricta confidencialidad con el Departamento de Trabajo para determinar su elegibilidad para el programa. Gracias por tu tiempo y esfuerzo.

Estimado empleado,

Su empresa está participando en un programa federal bajo la Ley PATH para crear empleos.

Para cumplir con las pautas de este programa, solicitamos su ayuda para completar la siguiente breve encuesta por teléfono, enlace web o código QR de enlace web. Toda la información que proporcione será confidencial y no afectará el proceso de contratación.

Cualquier información que proporcione es confidencial y será revisada en estricta confidencialidad con el Departamento de Trabajo para determinar la elegibilidad para los programas de iniciación laboral disponibles.

Seleccione uno de los siguientes métodos para completar este proceso:

Proyección web: <https://portal.cmswotc.com/admin.php?wotcID=starhrwotc>

Proyección web
de teléfonos
inteligentes:



Centro de llamadas #: 866-597-6917

Apreciamos mucho su tiempo y cooperación con este esfuerzo.

¡Gracias!



OFERTA DEL PLAN ESC 5500 - FORMA DE RECONOCIMIENTO

El Plan Essential StaffCARE 5500 es un plan completamente asegurado que da cobertura completa, tal como se indica en la ley Affordable Care Act ("ACA"), a los empleados de tiempo completo que trabajan un mínimo de 30 horas a la semana o más. Este plan cumple los mandatos individuales de la ACA para la cobertura médica.

Recuerde que, de acuerdo a los reglamentos de la ACA, esta oferta del plan Essential StaffCARE 5500 lo descalifica a usted y a sus hijos dependientes de la cobertura subsidiada en los intercambios del gobierno. Usted puede declinar la cobertura del Plan Essential StaffCARE 5500 y comprar cobertura en el intercambio del gobierno, pero deberá pagar el costo total de esa cobertura sin subsidio del gobierno ni de su empleador.

Información sobre el Plan Essential StaffCARE 5500:

- Este plan tiene un deducible individual de \$5,500 en la red y \$11,000 fuera de la red
- El plan tiene un deducible individual/para hijos de \$11,000 en la red y \$22,000 fuera de la red
- Después de que se cubre el deducible, el plan paga el 80% de los servicios en la red y el 60% de los servicios fuera de la red (sin incluir la cobertura de recetas).
- Para ver más información sobre el costo y la cobertura del Plan Essential StaffCARE 5500 y para ver el Resumen de beneficios y cobertura, visite www.essentialclient.com.
- También puede ver su Resumen de beneficios y cobertura (SBC) en www.paisc.com en la sección "Your Plan" que está en la parte superior de la página.
- Si lo desea, puede mantener su registro en el Plan médico de compensación fija ESC (ESC Indemnity Plan) y/o los beneficios secundarios para complementar su plan ESC 5500. Para cancelar su registro actual en el Plan médico de compensación fija ESC y/o los beneficios secundarios, envíe un formulario de cambios o llame a servicio al cliente.

Cómo registrarse:

Visite www.essentialclient.com. Debe saber la identificación de su compañía: (Z2995600) y su número de Seguro Social. Su contraseña es "new".

Tendrá 30 días para registrarse en línea, a partir del día en que recibió esta forma de reconocimiento. Después de este período, para hacer cambios a su selección de beneficios, usted debe esperar hasta el siguiente período de registro anual o hasta su siguiente evento de vida calificado.

¿Preguntas? Llame al centro de servicio al cliente de Essential StaffCARE al (866)798-0803, disponible de lunes a viernes, de 8:30 am 8:00 pm, tiempo del Este.

Reconocimiento:

Por medio de este documento reconozco que recibí información del plan ESC 5500.

Si yo no me registro o rechazo esta oferta en línea, este documento se considerará como mi declinación de la cobertura. Si declino la cobertura, no podré registrarme hasta el siguiente período de registro o en caso de que tenga un evento de vida calificado.

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
Firma: _____ Fecha: _____

En su archivo de personal se guardará una copia firmada de este documento



Formulario de registro de Cobertura esencial mínima (MEC) de beneficios limitados y autofinanciado

Complete el formulario de registro para elegir o declinar la cobertura

IMPORTANTE INFORMACIÓN DEL PLAN: Tiene dos opciones de planes médicos. Puede registrarse en uno o en los dos. Hay más beneficios disponibles si se registra en el Plan médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical).

1. Usted **DEBE** completar el Formulario de registro como parte de su proceso de nuevo empleado
2. Elija o decline todos los beneficios en el Formulario de registro
3. Usted **DEBE** Firmar y Fechar la parte inferior del formulario, aunque decline la cobertura
4. Entregue el Formulario de registro al gerente de su sucursal
5. Guarde para sus archivos la página Beneficios a simple vista

Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo de los beneficios de una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

Para Participantes de California: Para registrarse en el Beneficio médico de compensación fija (Fixed Indemnity Medical Benefit), usted y sus dependientes deben tener una cobertura esencial mínima y estar registrados en una cobertura médica mayor.

ESTE PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD. NO ES UN SUBSTITUTO DE LA COBERTURA DE BENEFICIOS PARA LA SALUD ESENCIALES TAL COMO LO DEFINE LA LEY FEDERAL DE SALUD.

Los planes médico de compensación fija, de recetas médicas, dental y de la vista de Essential StaffCARE tienen el aval de BCS Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo las pólizas número 25.1204, 26.1214, 26.212 y 26.213. Los planes de seguro de vida, seguro por muerte accidental y pérdida de miembros y por discapacidad a corto plazo tienen el aval de 4 Ever Life Insurance Company, Oakbrook Terrace, Illinois, bajo la póliza número 62.200. La cobertura de enfermedad grave es suscrito por Companion Life Insurance Company.

El Plan MEC Wellness/Preventive es un plan que se autofinancia patrocinado por el empleador, que se ha considerado que cumple las reglas y reglamentos de la ACA. Hay más información sobre los servicios preventivos en esta página de internet del gobierno: <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/> Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.

Disponibilidad voluntaria electrónica de información resumida sobre salud para del Plan MEC Wellness/Preventive

Copias del resumen de beneficios y cobertura ("SBC") y la descripción resumida del plan ("SPD") de Essential StaffCARE ("ESC") están disponibles en el siguiente enlace: <https://www.enrollment.care/info/sbcmec>

Mientras que usted puede tener otros planes de salud, este es el enlace para su plan de MEC SPD con ESC. Estos documentos importantes explican los términos y condiciones de su plan de salud, incluyendo elegibilidad, cantidades de cobertura y exclusiones junto con sus derechos y responsabilidades. En cualquier momento, puede solicitar copias en papel o revocar su consentimiento para la entrega electrónica, sin cargo, llamando al 1-866-798-0803.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al departamento de Servicio al cliente de Essential StaffCARE al 1-866-798-0803.





B1

2995600-BHL

SÓLO USO DE OFICINA

LOCATION _____

Rehire Date ___/___/_____

FORMULARIO DE REGISTRO

ESC/MEC CU(4EUNAW) PVM v23.1

A. INFORMACIÓN REQUERIDA DEL EMPLEADO**LETRA DE IMPRENTA, TINTA NEGRA o AZUL (Contestar todo)**

Nombre	Teléfono		
# de Seguro Social	Fecha de nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
Dirección	Apt. #		
Ciudad	Código Zip	Estado	

B. INFORMACIÓN DE MEDICARE

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene Medicare?

 Sí No. Si contestó "Sí":

Número de reclamo al seguro de salud de Medicare (HICN)

Fecha efectiva de Medicare

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s):

1. _____ 2. _____

C. SELECCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS LIMITADOS**Pagos semanales deducidos del cheque**

Usted **DEBE** seleccionar un nivel de cobertura antes de añadir ningún beneficio de la Sección C. Su nivel de cobertura será idéntica para cada beneficio de la Sección C. Estos planes tienen el aval de BCS Insurance Company y 4 Ever Life Insurance Company.

SELECCIONE NIVEL DE COBERTURA	PLAN MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA ¹	PLAN DENTAL	PLAN DE LA VISTA	SEGURO DE VIDA	DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ²	ENFERMEDADES CRÍTICAS
Solo empleado <input type="checkbox"/>	\$15.98	\$5.40	\$2.42	\$0.60	\$4.20	\$2.71
Empleado + Hijo(s) <input type="checkbox"/>	\$26.54	\$14.58	\$6.54	\$0.90		\$2.75
Empleado + Esposa/o <input type="checkbox"/>	\$30.36	\$10.80	\$4.84	\$0.90		\$4.99
Empleado + Familia <input type="checkbox"/>	\$40.44	\$20.52	\$9.20	\$1.80		\$5.04
NO a TODOS los beneficios <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¹ Cobertura no disponible a residentes de NH, HI o PR. ² Beneficios de discapacidad a corto plazo no disponibles a trabajadores de CA, HI, NJ, NY o RI.

Escriba la información del beneficiario de su seguro de vida y del seguro por muerte accidental y pérdida de miembros. El seguro por muerte accidental y pérdida de miembros es parte del beneficio del seguro de vida.

Nombre _____ Relación _____

D. INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LOS DEPENDIENTES

Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico
Nombre	# de Seguro Social	Nacimiento / /	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Relación <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Compañero doméstico

E. SELECCIÓN DEL BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE

82995600-M-BHL

Pagos semanales deducidos del cheque

Si se registra en el **Beneficio opcional de MEC Wellness/Preventive** podría quedar **DESCALIFICADO** para recibir un subsidio del intercambio de seguros de salud. El Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit **NO** está avalado por BCS Insurance Company. Es un beneficio que ofrece y que provee su empleador. Nota: La ley de atención económica y protección del paciente llamada "Patient Protection and Affordable Care Act" (PPACA) ya no pone castigos a nivel federal por no tener seguro; pero, investigue para ver si con su estado tiene castigos o requisitos específicos por no tener cobertura individual. Los pagos para el Beneficio de MEC Wellness/Preventive Benefit se hacen cada semanales.

\$13.42 Solo empleado \$15.18 Empleado + Hijo(s) \$16.38 Empleado + Esposa/o \$18.66 Empleado + Familia

 NO a MEC Wellness/Preventive**F. FIRMA REQUERIDA****DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA AUNQUE DECLINE LA COBERTURA**

Al firmar abajo, confirmo que leí el Resumen de beneficios y las Limitaciones y exclusiones de los planes de beneficios recomendados; que me ofrecieron una cobertura que cumple la ley ACA (MEC Wellness/Preventive) con fondos propios y que el período de registro está disponible por un tiempo limitado. También entiendo que no hacer una selección de beneficios es rechazar la cobertura y que la cobertura de beneficios sólo está disponible para empleados mayores de 18 años.

FECHA ___/___/_____

▶ FIRMA

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Número de póliza **2995600-BHL**


BENEFICIOS MÉDICO DE COMPENSACIÓN FIJA

Para más detalles, vea el Resumen de descripción de su plan.


El Plan médico de compensación fija paga una cantidad fija para un evento cubierto causado por accidentes y enfermedades. Si el evento cubierto cuesta más, usted pagará la diferencia. Si el evento cubierto cuesta menos, usted se queda con la diferencia.

Beneficios para servicios externos ¹		Beneficios para servicios internos	
Consultas del doctor (Virtual o En persona)	\$60 diarios	Atención estándar	\$300 diarios
Diagnóstico (laboratorio)	\$75 diarios	Máximo en la unidad de cuidados intensivos ³	\$400 diarios
Diagnóstico (rayos X)	\$150 diarios	Cirugía internado	\$2,000 diarios
Servicios de ambulancia	\$300 diarios	Anestesia	\$400 diarios
Terapia física, del habla y ocupacional	\$50 diarios	Enfermeras especializadas ⁴	\$100 diarios
Beneficio de sala de emergencia—Por enfermedad	\$100 diarios	Máximo anual para servicios internos ⁵	No hay límite
Beneficio de sala de emergencia—Por accidente ²	\$300 diarios	Atención para el bienestar	
Cirugía en servicios externos	\$500 diarios	Atención para el bienestar (una vez al año)	\$75
Anestesia	\$200 diarios	Recetas médicas (por reembolso)^{6,7}	
Máximo anual para servicios externos	\$2,000	Máximo anual	\$600
		Coseguro por medicinas genéricas/de marca	70% / 50%

¹ Los beneficios para servicios externos están sujetos al máximo por servicios externos ² cubre el tratamiento para los accidentes fuera del trabajo solamente ³ se paga además del beneficio para atención estándar ⁴ por centros especializados tras la hospitalización ⁵ Con sujeción a los límites internos del plan ⁶ no está sujetos al máximo por servicios externos ⁷ Para presentar un reclamo para el reembolso, guarde el recibo y envíelo a Planned Administrators, Inc.


BENEFICIOS DENTALES	Período de espera/Coseguro	Beneficio anual máximo	\$750	Deducible	\$50
 Cobertura A	Nada/ 80%	Exámenes, limpiezas, radiografías intrabucales, y mordidas			
Cobertura B	3 meses/ 60%	Empastes, cirugía oral y reparaciones de coronas, puentes y dentaduras postizas			
Cobertura C	12 meses/ 50%	Periodoncia, coronas, endodoncia, puentes, y dentaduras postizas			

BENEFICIO DE LA VISTA

	En Red		Fuera de la Red	
	Tu pagas	El plan paga	Tu pagas ³	El plan paga
 Examen de la vista para anteojos ¹ (incluyendo dilatación)	\$10 Copago	100%	100%	\$35
Examen de lentes de contacto estándar (incluyendo el seguimiento)	Hasta \$55	\$0	100%	\$0
Examen de lentes de contacto premium (incluyendo el seguimiento)	100%, después 10% del precio de venta	\$0	100%	\$0
Armazones (cada 24 meses)	80%, después \$110 descuento	20% más \$110	100%	\$55
Prueba de lentes de contacto estándar (visión regular, bifocales, o trifocales) ^{1,2}	\$25 Copago	100%	100%	\$25-\$55
Lentes de contacto (Convencional) (sólo el material) ¹	85% después \$110 descuento	15% más \$110	100%	\$88
Lentes de contacto (Desechables) (sólo el material) ¹	100% después \$110 descuento	\$110 descuento	100%	\$88
Lentes de contacto (Medicamento Necesarios) (sólo el material) ¹	\$0 Copago	100%	100%	\$200

¹ Cada 12 meses ² \$15 más en AK, CA, HI, OR, WA ³ Después del pago del plan

BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO

 Para el empleado	\$10,000 (baja a \$7,500 a los 65 años y a \$5,000 a los 70 años)	Para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Para la esposa/o	\$5,000 (termina a los 70 años)	Para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$1,000
SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE MIEMBROS (Es parte del beneficio del seguro de vida.)			
Para el empleado	\$20,000	Para los hijos (de 6 meses a 26 años)	\$5,000
Para la esposa/o	\$20,000	Para bebés (de 15 días a 6 meses)	\$2,500

PRIMA SEMANAL PARA LA COMPENSACIÓN

	Plan médico	Plan dental	Vista	Seguro de vida
Solo empleado	\$15.98	\$5.40	\$2.42	\$0.60
Empleado + Hijo(s)	\$26.54	\$14.58	\$6.54	\$0.90
Empleado + Esposa/o	\$30.36	\$10.80	\$4.84	\$0.90
Empleado + Familia	\$40.44	\$20.52	\$9.20	\$1.80

BENEFICIO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO



 Cantidad del beneficio	60% de la paga base hasta \$150 por semana
Período de espera/ Período máximo de los beneficios	7 días por lesión o enfermedad/ hasta 26 semanas

BENEFICIO PARA ENFERMEDADES CRÍTICAS

Limitación de condiciones preexistentes: 12/12

Período de espera: 30 días

El Seguro contra enfermedades críticas paga una cantidad total para el primer diagnóstico de la enfermedad crítica cubierta. Incluye un pago total del beneficio que usted puede usar como desee y cobertura de dependiente para la esposa/o y/o los hijos dependientes.

 Ataque al corazón	100%	Cantidad nominal de la póliza del empleado¹	\$5,000
 Cáncer invasivo	100%	Cantidad para la esposa/o	\$3,750
Infarto	100%	Cantidad para hijo(s)	\$2,500
Carcinoma in situ	25%		
Cáncer de la piel	\$250		


¹ Si se selecciona cobertura para dependientes, la cobertura para la esposa/o paga el 75% de la Cantidad nominal de la póliza del empleado, y el 50% para cualquiera de los hijos

PRIMA SEMANAL PARA LOS BENEFICIOS LIMITADOS

	STD	Enfermedades Críticas
Solo empleado	\$4.20	\$2.71
Empleado + Hijo(s)	-	\$2.75
Empleado + Esposa/o	-	\$4.99
Empleado + Familia	-	\$5.04

BENEFICIO OPCIONAL DE MEC WELLNESS/PREVENTIVE ¹

Número de póliza **82995600-M-BHL**

 El Beneficio de MEC Wellness/Preventive opcional **NO** cubre servicios médicos. Este plan da cobertura para servicios preventivos como las vacunas y los exámenes de rutina. No cubre condiciones causadas por accidentes o enfermedades.

Beneficio	En la red	Fuera de la red	PRIMA SEMANAL PARA MEC	MEC
Servicios preventivos para adultos	100%	40%	Solo empleado	\$13.42
Servicios preventivos para mujeres	100%	40%	Empleado + Hijo(s)	\$15.18
Servicios preventivos cubiertos para niños	100%	40%	Empleado + Esposa/o	\$16.38
			Empleado + Familia	\$18.66

¹ Para más información sobre los servicios preventivos, visite www.healthcare.gov.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS LIMITADOS

Estas son las limitaciones y exclusiones estándar. Como podrían variar de un estado a otro, para ver una lista detallada de ellos, consulte el Resumen de descripción del plan (SPD).

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN FIJA PARA LA PÉRDIDA DE LA VIDA, DE UN MIEMBRO O DE LA VISTA POR ACCIDENTE O POR CUESTIONES MÉDICAS

No se pagarán beneficios por pérdidas causadas por o resultantes de:

- Lesiones hechas a sí mismo intencionalmente, suicidio o intento de suicidio, ya sea cuerdo o demente
- Guerra declarada o sin declarar
- Servir en las Fuerzas Armadas a tiempo completo
- Un delito grave perpetrado por una persona cubierta por el Plan
- Enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo, ya sea que los beneficios se paguen o no bajo la Ley de compensación de empleados u otra similar; o
- En relación con el beneficio de la pérdida de la vida, de un miembro o de la vista por accidente, no se pagarán beneficios por enfermedades físicas o mentales, ni por tratamientos médicos o quirúrgicos para dicha enfermedad, ni para infecciones bacterianas o virales sin importar cómo se contrajeron. Esto no incluye infecciones bacteriales que sean consecuencia natural y previsible de una lesión física accidental o la ingestión accidental de alimentos tóxicos.

No se pagarán beneficios por:

- Exámenes de la vista para prescribir lentes, cualquier tipo de anteojos y sus prescripciones
- Exámenes del oído y dispositivos para oír
- Tratamiento o atención dental que no sea la atención de las encías y los dientes naturales y sanos requerida para las lesiones que resulten de un accidente mientras la persona está cubierta por la póliza y se haga en los 6 meses siguientes al accidente
- Los servicios relacionados con cirugía cosmética, excepto la que necesite la persona cubierta para la reconstrucción de los senos después de una mastectomía o como resultado de un accidente que ocurra mientras está cubierta bajo esta póliza. Las cirugías cosméticas para lesiones accidentales se deben realizar dentro de los 90 días siguientes al accidente que causó la lesión y mientras la cobertura de esta persona sigue vigente
- Servicios proporcionados por un miembro de la familia inmediata de la persona cubierta.

Este Plan médico de compensación fija no está disponible para los residentes de Hawaii, New Hampshire o Puerto Rico.

RECETAS MÉDICAS

No se pagarán beneficios por medicinas y productos que se venden sin receta ni por medicinas que le administren a usted mientras está hospitalizado.

PLAN DENTAL

El plan sólo pagará los procedimientos especificados en el Programa de procedimientos cubiertos de la póliza de grupo. Muchos de los procedimientos cubiertos bajo el plan tienen períodos de espera y limitaciones sobre la frecuencia en que los pagará el plan. Si desea más información sobre los procedimientos cubiertos o las limitaciones, vea el Resumen de descripción del plan.

PLAN DE LA VISTA

No se pagarán beneficios por materiales, procedimientos o servicios provistos bajo la Ley de compensación a los

trabajadores u otra ley similar; anteojos sin receta, armazones para tales anteojos o lentes de contacto sin receta; materiales, procedimientos o servicios provistos por un familiar directo o por usted mismo; cobros por materiales, procedimientos o servicios en la medida que se puedan pagar bajo otro contrato de servicio o póliza de seguro válidos y cobrables, ya sea que se haga el reclamo por tales beneficios o no.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

En esta cobertura no se pagan beneficios en los casos siguientes:

- Intento de suicidio o lesiones hechas a sí mismo intencionalmente
- Ingerir veneno voluntariamente; inhalar gas voluntariamente; ingerir drogas o sustancias químicas voluntariamente. Esto no se aplica a las que administra un médico certificado. El médico no debe ser usted o su esposa/o, su hijo o el hijo de su esposa/o, un hermano o padre ni una persona que viva en su casa
- Guerra declarada o sin declarar y las acciones relacionadas
- Cometer o intentar cometer un delito grave, o por pérdidas que ocurren durante el encarcelamiento debido a un delito grave
- Participar en un motín
- Participar en una ocupación ilegal
- Liberar energía nuclear
- Operar, viajar en una nave aérea o descender de ella (incluyendo un planeador "hang glider"). Estas limitaciones no se aplican mientras usted es pasajero de una aeronave con licencia, comercial y no militar, o
- Enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

Los beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) no están disponibles para personas que trabajan en California, Hawaii, New Jersey, New York o Rhode Island.

SEGURO DE VIDA DE GRUPO

No se pagarán beneficios de seguro de vida por muertes causadas por suicidio o autodestrucción, o intento de éstos, en los 24 meses posteriores a la fecha en que entró en vigor la cobertura del asegurado por la póliza.

ENFERMEDADES GRAVES

La Compañía NO pagará la Cantidad del beneficio de una condición cubierta si: i. Tal condición cubierta no está cubierta por esta Póliza; ii. Tal condición cubierta ocurrió por primera vez cuando la Póliza no había entrado en efecto; iii. Tal condición cubierta fue diagnosticada por una persona que no era doctor; iv. Tal condición cubierta fue diagnosticada fuera de EE.UU., a menos que el diagnóstico sea confirmado en EE.UU.; v. Tal cirugía o condición cubierta se realizó fuera de EE.UU., a menos que se haya hecho en instalaciones o bases militares de EE.UU., o dentro de instalaciones o edificios del gobierno o del ejército de EE.UU.; o

vi. la fecha de nacimiento del asegurado, su edad o su sexo que aparecen en la Solicitud son incorrectas y, basándose en la fecha de nacimiento, la edad o el sexo, la Póliza no hubiera entrado en efecto o ya habría terminado.

Bajo esta Póliza, los pagos de las Cantidades de los beneficios están sujetos a los ajustes descritos en la provisiones de la Póliza, incluyendo, pero sin limitarse a, las provisiones del Período límite para ciertas defensas, Errores en la declaración de la edad o el sexo, Conciliación y arbitraje y Período de gracia.

Si el Asegurado tiene 60 años o más en la Fecha efectiva de la póliza, la Cantidad inicial del beneficio se reducirá en un 50% la fecha del quinto aniversario de la Fecha efectiva de la póliza. En el resto de los casos, la Cantidad del beneficio se reducirá en un 50% cuando el Asegurado cumpla los 65 años. Después de esta reducción, la cantidad del

beneficio para una Categoría será del 50% del beneficio que quedaba en tal categoría el día anterior a esta reducción.

El seguro del Asegurado terminará la fecha en que acontezca primero una de estas cosas: i. el último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado deja de ser miembro de la clase elegible para la cobertura, tal como se muestra en la Programación; ii. al final del último período para el cual se hizo el pago de las primas a la Compañía; iii. la fecha en que termina la Póliza; iv. el último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado se retira o es pensionado; v. para los Asegurados que trabajan para empleadores con menos de 20 empleados en un día de trabajo típico del Año calendario anterior, el último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado llega a los 70 años de edad; vi. el último día del período de deducción de nómina en el cual el Asegurado termina su empleo; o vii. la fecha en la que se pague el beneficio máximo en las tres categorías.

El seguro del Dependiente terminará la fecha en que suceda primero una de estas cosas: i. la fecha en que termina la cobertura del Asegurado; ii. al final del último período para el cual se hizo el pago de

las primas a la Compañía; iii. la fecha en que el Dependiente deje de cumplir la definición de "Dependiente", tal como lo define la Póliza; o iv. la fecha en que la Póliza se modifique para excluir la cobertura del Dependiente. v. la fecha en la que se pague el beneficio máximo en las tres categorías. vi. La Compañía tendrá el derecho de terminar la cobertura de toda Persona cubierta que presente un reclamo fraudulento bajo esta Póliza.

La Póliza, y la cobertura de los Asegurados bajo esta Póliza, podría terminar en las condiciones que se describen abajo.

El Asegurado podría terminar la cobertura de la Póliza dando un aviso por escrito a la Compañía. El Término será efectivo la fecha que acontezca la última de estas cosas: i. la fecha en que recibimos el aviso; o ii. la fecha en que se solicitó el término.

Después de la fecha del primer aniversario de la Póliza, al Compañía podría terminar, total o parcialmente, el seguro ofrecido por la Póliza, en una fecha en que se deban pagar las primas, dando un aviso por escrito al Asegurado, por lo menos 60 días antes de la fecha de término.

Servicios para miembros:

Para ver las preguntas frecuentes y información sobre la red del plan de compensación fija, visite <https://enrollment.care/info/bcs/ind>. Para preguntas, una lista completa de los servicios preventivos, y el resumen SBC del Plan MEC, visite <https://enrollment.care/info/bcs/mw>. El resumen SBC también está disponible gratis una copia impresa, que puede pedir llamando a Essential StaffCARE Customer Service, al 1-866-798-0803.

NOTA: Su Compañía decidió tomar sus deducciones **después de descontarle los impuestos.**

Servicio al cliente de Essential StaffCARE: 1-866-798-0803

- Después de registrarse, los miembros pueden llamar a este teléfono para preguntar sobre la cobertura de su plan, su tarjeta de identificación, el estatus de un reclamo y los folletos de las pólizas y para agregar, cambiar o cancelar la cobertura.
- El Centro de Llamadas de Servicio al cliente está abierto de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8 p.m. tiempo del este. Hay representantes bilingües.
- Además, los miembros pueden visitar www.paisc.com y hacer clic en "Members."