



Nombre del Empleador: _____

Nombre del Empleado: _____

Número de Seguro Social: _____ Género: M F

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____ Condado: _____

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Diurno: _____ Teléfono de Noche: _____

(Debe ser completado por supervisor in situ)

INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN:

Salario: _____ Título del Trabajo: _____ Estado: _____

Supervisor: _____ Lugar de Trabajo: _____

Código de Compensación de Trabajadores: _____ Número de prueba de drogas: _____

Marque uno en cada categoría:

Período de pago:		Clasificación:		Estado:
Semanal	Semi mensual	Por hora	Comisión	Tiempo completo (30 horas)
Quincenal	Mensual	Asalariados con horas extras		Tiempo parcial _____ Horas
		Asalariado sólo		Temporal
				Temporada

Marque todas las que apliquen:

Propietario Oficial Empleado clave Altamente compensados

¿Alguna orden de embargo, incluyendo manutención?

Si No *En caso afirmativo, por favor proporcione copias.*

Fecha de contratación: _____

KGPS Fecha de contratación: _____

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE QUE USTED RECIBA UN MANUAL DEL EMPLEADO. CUALQUIER DUDA DEBE ORIENTARSE A SERVICIO AL CLIENTE AL (407) 228-6428.



Acuerdo Lugar de Trabajo

En consideración de ofertas de empleo por Kymberly Group Payroll Solutions, Inc. ("KGPS"), por la presente reconozco, entiendo y acepto que el siguiente constituyen los términos y condiciones de mi empleo:

- 1. Co-Empleo:** KGPS ha entrado en un acuerdo de cooperación empleo con mi empleador. Voy a ser un empleado de ambos KGPS y mi empleador. Mi empleador es responsable de la contratación, la determinación de mi compensación, supervisar, programar el trabajo a realizar, evaluar mi desempeño, manejo de las cuestiones disciplinarias hasta e incluyendo la terminación del empleo y de las horas trabajadas a KGPS informes. KGPS es responsable de las tareas administrativas como la emisión de cheques de nómina, impuestos de retención y administración de beneficios y reclamaciones de indemnización de los trabajadores.
- 2. Manual:** Por la presente acuso recibo del Manual del Empleado KGPS ("Manual") y estoy de acuerdo en estar obligado por su términos. Entiendo que el manual no establece un contrato de trabajo. Entiendo, además, que la Manual puede haber cambios en cualquier momento, incluidas sus disposiciones relativas a los salarios, las horas, los beneficios y los términos y condiciones del empleo. El manual no constituye una garantía de presente o las políticas de empleo en el futuro.
- 3. A Will Empoderamiento:** Yo soy un empleado a voluntad tanto de mi empleador y KGPS. Este acuerdo no constituyen un contrato de trabajo ni es mi empleo por un período específico de tiempo. Esto significa que, o bien KGPS o I puede terminar mi empleo en cualquier momento y por cualquier motivo o sin motivo, con o sin previo aviso de acuerdo con el estatutos de empleo a voluntad. Además, entiendo que no hay representaciones, garantías, plazos, pactos o condiciones hechas por KGPS distintas de las contenidas en el presente Acuerdo. Entiendo que mi empleador ni KGPS tiene la autoridad para cambiar mi situación en el empleo a voluntad.
- 4. Período Introductorio:** Entiendo que hay un noventa (90) días período introductorio. Entiendo que si soy terminado para el desempeño laboral insatisfactorio, KGPS no tendrá su cuenta cargada por el monto total de las prestaciones por desempleo.
- 5. Asignación de Salarios:** Mediante la firma de este acuerdo, asigno a reclamar mi derecho a hacer valer un salario de prioridad KGPS contra mi empleador bajo 11 U.S.C. 507 (a)(3) en el caso de que una petición de bancarrota se presente en virtud del título 11 de los Estados Código de Estados Unidos, o por o en nombre de mi empleador en el trabajo.
- 6. Beneficios:** En caso de que mi empleador tiene una política de proveer pagado deja beneficios tales como vacaciones, licencias por enfermedad, pagaron a tiempo o indemnizaciones por despido, mi empleador es responsable de pagarme los beneficios acumulados bajo tales políticas durante el empleo y en el momento de la terminación.
- 7. Terminación del Empleo:** Entiendo que tengo que comunicarme con el Centro de Procesamiento KGPS si mi trabajo en mi actual lugar de trabajo está involuntariamente terminó. Entiendo que nadie en mi lugar de trabajo actual tiene el derecho de hablar con KGPS, en cuanto a si o no puedo continuar con el empleo KGPS más allá de cualquier cese involuntario de mi trabajo actual ubicación. Me doy cuenta, además, que mi falta de contacto con KGPS dentro de dos (2) días hábiles de mi cese involuntario de mi trabajo actual se considera como oluntray dimisión de mi empleo con KGPS sin tener en cuenta qué mi empleo cesó en mi lugar de trabajo. Dicha terminación volunatry me puede descalificar de la recogida las prestaciones por desempleo.
- 8. Discriminación y Acoso:** KGPS es una tolerancia cero para el empleador la discriminación o el acoso en el lugar de trabajo. En el caso de que estoy sujeto a cualquier tipo de discriminación, incluida la discriminación por motivos de mi raza, color, religión, origen nacional, edad, sexo, estado civil, discapacidad o cualquier otra clase protegida, o sometida a cualquier tipo de acoso, incluido el acoso sexual, notificaré inmediatamente a mi supervisor del lugar de trabajo, si es posible. De lo contrario, me pondré en contacto con el Directora KGPS de Recursos Humanos al (407) 228 a 6428.
- 9. Arbitraje Obligatorio Y Ley Aplicable:** KGPS y estoy de acuerdo arbitrar y resolver toda disputa que surja de mi empleo por mi empleador y KGPS, mediante arbitraje administrado por la American Arbitration Association ("AAA") bajo su Reglamento de



empleo alternativo en lugar de a través de litigios. En consecuencia, me comprometo a no presentar cualquier reclamación o contra KGPS o mi empleador, sus supervisores, directivos, empleadores u otros agentes. Entiendo que al firmar este acuerdo, yo renuncio a mi derecho a la zaga por jurado. Descubrimiento puede ser iniciado por cualquiera de las partes por un período de sesenta (60) días siguientes a la presentación de una reclamación a arbitraje. Cualquier concesión de la AAA puede ser en cualquier tribunal de jurisdicción competente. Este acuerdo de arbitraje no me prohíbe de presentar cualquier reclamación o cargar con cualquier estado o agencia federal que de otra manera tomar mi reclamo o cargo. Las leyes del Estado de Florida regirán el arbitraje y ser usado para interpretará el presente acuerdo.

10. Compensación de Trabajadores: Reconociendo el hecho de que cualquier accidente laboral que permite sostener está cubierto por las leyes de compensación a los trabajadores del estado y para evitar la elusión de tales leyes que pudieran resultar de trajes contra mi empleador basado en la misma lesión o herida y a la medida de lo previsto por la ley, por la presente renuncio y siempre suelte cualquier derecho que tendré que hacer reclamos o trae contra mi empleador y/o KGPS por daños y perjuicios basado en las lesiones que están cubiertas por las leyes de compensación para trabajadores. Entiendo que para propósitos de trabajadores compensación, soy empleado de KGPS y mi empleador. En el caso de una lesión, entiendo que mi única solución radica en la cobertura bajo la política de compensación para trabajadores de KGPS.

11. Lesiones: En caso de que me lesiono en el trabajo, notificaré inmediatamente Departamento de KGPS de gestión de riesgo en (407) 228-6428 y mi empleador. Tengo entendido que esa compensación reclamaciones pueden estar bajo atención médica administrada, lo que significa que debo buscar tratamiento solamente según lo indicado por KGPS o el administrador de casos de compañía de seguros. Además Entiendo que cualquier tratamiento no autorizado por una supuesta lesión no será reembolsado bajo ninguna circunstancia a menos que alegó que las lesiones son la vida mortal.

12. Pruebas de Drogas: Como una condición de empleo, estoy de acuerdo en someterse a una prueba de drogas y alcohol en conjunción con cualquier informó en lesiones dentro de las veinticuatro 24 horas y entender que si no lo hace automáticamente resultará en-el-trabajo lade negación de beneficios o pagos de la lesión. Además entiendo y acepto que me voy a someter a una prueba de drogas y el alcohol si me causar o contribuir a una lesión en el trabajo, que se traduce en lesión a otros o a mí. También entiendo que mi negativa a sujeto a una droga y alcohol prueba bajo estas condiciones indicadas puede resultar en mi despido inmediato.

13. Resumen del Acuerdo: Este acuerdo, junto con el manual, constituye el completo entendimiento entre KGPS y yo. Tampoco entiendo que mi empleador no KGPS tiene la autoridad para modificar los términos de Este acuerdo. Si uno o más de las disposiciones de este acuerdo se determinaron para ser inválida, ilegal o inaplicable, la validez y exigibilidad de las restantes disposiciones del presente acuerdo no será de ninguna manera afectado, deteriorado o prejuicios.

Escriba Su Nombre

Firma

Fecha

SALUD / LESIÓN INFORMACIÓN

1. ¿Has tenido una lesión relacionada con el trabajo?

No (si no, vaya a la pregunta #2)

Sí (en caso afirmativo, por favor enumere las lesiones relacionadas con el trabajo más abajo o adjunte una hoja separada de papel)

Parte del cuerpo afectada: _____ Relacionado con el trabajo: No Si

Fecha de la lesión: _____ Estado de reclamación: Abierto Cerrado

Restricciones de trabajos: No Si

Lista de restricciones: _____

2. ¿Tienes alguna vez ot había sido tratado por cualquiera de las siguientes condiciones o enfermedades?

Trauma estrés repetitivo: No Yes

Lesiones o problemas de cuello o espalda: No Yes

Lesión en la rodilla : No Yes

Enfermedad importante en los últimos cinco años: No Yes

Diabetes: No Yes

Alcoholismo: No Yes

Adicción a las drogas: No Yes

REGISTRO DE DATOS DE CORREOS OFERTA EMPLEO IGUAL OPORTUNIDAD EMPLEADO

Kymberly Group Payroll Solutions, Inc. ("KGPS") y su empleador están sujetos a ciertasmantenimiento de registros gubernamental e informar los requisitos para la administración de la ley de derechos civiles y regulaciones. Para cumplir con estas leyes, KGPS invita a los empleados que voluntariamente se identifican a su raza y el origen étnico completando este registro de datos.

Presentación de esta información es voluntaria y la negativa a proporcionarlo no te sujetará a adversos tratamiento. La información se mantendrá confidencial y sólo se utilizará conforme a las disposiciones de leyes, decretos y reglamentos aplicables, incluyendo aquellos que requieran de la información a ser resumido e informó al gobierno federal para la aplicación de los derechos civiles. Cuando reportó, datos no será identificar a cualquier individuo específico.

Otra vez, esta información no tiene ningún impacto sobre cualquier decisión de empleo y debe ser completado sólo después de una oferta de empleo ha sido aceptada. Esta información se mantendrá confidencial y es utilizada para ningún otro propósito de EEO reportando.

Nombre: _____ Media inicial: ____ Apellido: _____

Género: Masculino Femenino

POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA APLICABLE MÁS ABAJO:

Caucásico

Asian

Black or African American

Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico

Hispano o Latino

Dos o más razas

Indio Americano / Nativo de Alaska

ACUERDO DE RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Por la presente reconozco que he recibido manual de trabajo libre de drogas de esta compañía, que incluye el lugar de trabajo libre de empresa drogas, información de asistencia de empleados, un listado de ensayada, común sobre los medicamentos de venta libre que pueden alterar una prueba de drogas y material educativo sobre el abuso de drogas. También me ha dado la oportunidad de completar voluntariamente un formulario de divulgación de medicamentos.

Estoy libre y voluntariamente de acuerdo y se da cuenta que como parte de mi trabajo, puedo ser sometido a futuro pantallas de drogas o alcohol para post accidente, sospecha razonable, colocación laboral, rutina fitness para el deber, vuelta al trabajo, seguimiento o al azar de pruebas a discreción de la compañía. Entiendo que la negativa a someterse a un examen de sangre, orina, pelo o respiración resultará en la inmediata terminación del empleo. Entiendo que un confirmados positivos drogas y/o alcohol a resultar en la terminación inmediata del empleo, pero si soy capaz de completar satisfactoriamente el tratamiento de abuso de sustancias a mis expensas, y si un trabajo está todavía disponible, puede ser dado una oportunidad para ser recontratados, sobre un retorno negativo al trabajo de drogas y/o alcohol de prueba. Entiendo que estaré sujeto al acuerdo de rehabilitación de la compañía y será sometido a pruebas por un período de dos años de seguimiento al azar. Entiendo que un confirmados positivos drogas y/o alcohol seguimiento prueba o cualquier violación del acuerdo de rehabilitación resultará en la terminación del empleo. Entiendo que esta empresa recibe el derecho a no ofrecer empleo a un ex empleado que fue terminado en violación de esta política, incluso si un trabajo está disponible.

Estoy de acuerdo en someterse voluntariamente a una prueba de sangre, orina, pelo o aliento para el uso de drogas o alcohol como parte de mi trabajo en curso, y quiero liberar mi empleador de cualquier responsabilidad resultante de mi participación en dicha proyección. Entiendo que si estoy lesionado durante el curso y el alcance de mi empleo y un resultado positivo para la presencia de alcohol o drogas, puedo perder mi elegibilidad para beneficios médicos y de indemnización bajo la ley de compensación a los trabajadores de la Florida (Estatuto de Florida 440.101, 440.102). También entiendo que la negativa a probar bajo esta circunstancia automáticamente conduce a la pérdida de mi elegibilidad para beneficios médicos y la indemnización y la terminación del empleo. Entiendo que un confirmados positivos drogas y/o alcohol test, un manipulado con o un espécimen adulterado o la negativa a la prueba puede resultar en pérdida de beneficios de desempleo bajo la ley de Florida.

Por la presente doy mi consentimiento para publicar los resultados de mi prueba de sangre, orina, pelo o aliento a la persona o personas o departamentos o el agente especificado de mi empleador, incluyendo mi póliza de seguro de compensación para trabajadores, con el fin de determinar la presencia de alcohol y otras drogas en mi cuerpo para la duración de mi empleo. Al firmar este formulario, desligo a la compañía o revisión médica oficial los resultados de las pruebas a que he consentido. Además autorizo a la compañía para discutir los resultados con el personal médico / médico recoger la muestra, el complejo de pruebas, sus directores, oficiales, agentes y empleados responsables de administrar las pruebas mencionadas o evaluar el resultado de la misma y alguno de ellos en el presente. También autorizo a la compañía para discutir los resultados con sus asesores legales y utilizar los resultados como una defensa para cualquier acción legal que yo soy una fiesta. Más libero cualquier instalación de pruebas o cualquier médicos que me han probado de cualquier responsabilidad derivada de un comunicado de todos resultados, informes, registros médicos y datos referentes a mi selección a los funcionarios del empleador apropiado. Estoy de acuerdo a los resultados emitidos a la compañía y la revisión médica oficial.

También entiendo que la política de trabajo libre de drogas y documentos relacionados no pretenden constituyen un contrato entre este empleador y yo.

Como empleado, entiendo y acepto acatar la política de trabajo libre de drogas de esta compañía, bajo la ley de Florida 440.101 y 440.102, y han recibido una notificación escrita de 60 días de este programa, si corresponde.

Firma del empleado

Nombre en imprenta

Fecha

Como un solicitante de trabajo, libre y voluntariamente accedo a una pantalla de drogas de pelo o un análisis de orina como parte de mi solicitud de empleo y tengo entendido que una negativa a la prueba, una prueba de drogas confirmados positivos o un forzado con o un espécimen adulterado a descalificar de empleo, aunque empecé mi trabajo pendiente los resultados de la prueba de drogas. Entiendo todavía estoy completando el proceso de solicitud y no oficialmente será un empleado hasta que la compañía recibió un resultado negativo droga de pre empleo. Si soy empleado por esta empresa, entiendo y acepto acatar la política de trabajo libre de drogas de esta compañía, bajo la ley de Florida 440.101 y 440.102, como se indicó anteriormente.

Firma del empleado

Nombre en imprenta

Fecha



DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION AND CHANGE REQUEST

Employee Name: _____ Social Security #: _____

I hereby authorize Kymberly Group Payroll Solutions, Inc. to initiate credit and/or debit entries (if necessary) and adjustments for any credit entries in error to my account. Deposit entries are to be made to the following checking accounts, savings accounts, or Rapid! PayCard accounts:

Depository Account #1

Bank Name: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Routing/Transit Number: _____ Account Number: _____

Type of Account (select one): Checking Savings Select One: Activate New Direct Deposit Cancel Existing Direct Deposit

Amount of Paycheck: _____ or Percentage of Paycheck: _____

Depository Account #2

Bank Name: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Routing/Transit Number: _____ Account Number: _____

Type of Account (select one): Checking Savings Select One: Activate New Direct Deposit Cancel Existing Direct Deposit

Amount of Paycheck: _____ or Percentage of Paycheck: _____

Please attached a VOIDED CHECK if depositing to a checking account and/or a VOIDED DEPOSIT TICKET if depositing to a savings account.

I wish to request a Rapid! PayCard Visa Payroll Card to use for automatic direct deposit of my paycheck.

I do not wish to participate in automatic direct deposit. I wish to receive a live check with each payroll.

This authority is to remain in full force and effect until Kymberly Group Payroll Solutions, Inc. has received written notification from me of its termination within a reasonable time and manner to allow Kymberly Group Payroll Solutions, Inc. to act upon said request. There will be approximately one pay cycle of pre-noting until direct deposit is established. ALL FINAL PAYCHECKS WILL BE ISSUED AS LIVE PHYSICAL CHECKS, NOT DIRECT DEPOSIT.

Employee Signature _____ Date _____