



Matricula Informacion

Enhorabuena!

Cliente Compania _____

Su empleador ha elegido utilizar los servicios proporcionados por A Plus Benefits. Esta decisión le permite disfrutar de algunos beneficios trabajando con una de las mas grandes y mas famosa organización empleadora profesional de la nación (PEO). Uno de los servicios que proporcionamos a los pequeños negocios es el manejo, preparación o comprobación de escritos del empleado. Este paquete incluye varios documentos que mantenemos en los archivos de nuestras oficinas, los cuales con necesarios para procesar la nomina. Por favor, complete todas las secciones destacadas. Si usted tiene alguna pregunta al completar estos formularios por favor llame a nuestras oficinas al 800-748-5102 y pregunte por cualquier empleado en el Departamento de Cuentas de cliente. Gracias.

Personal Information

| | | | | |
|--------------------|----------|---|---|---------------|
| Nombre | Apellido | Inicial | Género Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> | |
| Dirección | | | Seguro Social | |
| Ciudad | Estado | Código Postal | Numero Telefónico | Otro Teléfono |
| Correo Electrónico | | Brevemente describa las obligaciones de la posición | | |

A Plus Benefits y sus compañías-clientes tienen el fuerte deseo y compromiso de mantener un medio ambiente libre de drogas. Todas las persona que reciben una oferta condicional de empleo y los empleados están sujetos a pruebas de drogas y alcohol. En el caso en que un individuo se niegue a ser examinado o el resultado del examen sea positivo de uso de drogas ilegales o alcohol, contrario a la política de drogas y alcohol, cualquier oferta condicional de empleo o la continuación de empleo podrán ser retiradas. Todos los individuos reciben la consideración para el empleo sin distinción de raza sexo, color, nacionalidad, religión, edad, discapacidad o cualquier otro estado o condición amparada por la ley. Esta información esta siendo proporcionada a usted en cumplimiento del código de Utah § 31A-40-202(3). El estatuto manda que A-Plus, Inc. (A-Plus Benefits) le proporcione a usted información general de la naturaleza de la relación de co-empleo en medio y entre A-Plus Benefits, Empleador/cliente y usted. Generalmente hablando, esa relación es una por medio de la cual los derechos, deberes y obligaciones de un empleador que se presentan de una relación de empleo han sido señalados entre A-Plus Benefits y el Empleador como "co-empleadores" en conformidad con el código de Utah §§ 314-A-40-101, *et seq.* (El "Acuerdo PEO"). Por medio de un acuerdo por separado dicha asignación se ha producido entre A-Plus Benefits y el Empleador (El "Acuerdo PEO"). Conforme con el acuerdo PEO, A-Plus se compromete únicamente a muy limitados deberes y responsabilidades respecto a usted (virtualmente para todos los propósitos, incluyendo estatutatorio, federal y estatal y ley común de responsabilidad su único empleador es el empleador del sitio de trabajo) Su principal empleador es su empleador de sitio de trabajo, nuestro cliente. A-Plus siempre será visto y considerado como el empleador secundario.

To Be Completed by the Client/Employer

| | | |
|---|---|---|
| A Plus Benefits Hire Date | Client Hire Date | Job Title |
| Pay Type <input type="checkbox"/> Salary Only \$ _____ per _____ <input type="checkbox"/> Hourly \$ _____ per hour <input type="checkbox"/> Commission Only | | |
| Job Type <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Temporary Full-time <input type="checkbox"/> Temporary Part-time <input type="checkbox"/> Seasonal Full-time <input type="checkbox"/> Seasonal Part-time <input type="checkbox"/> On Call | | Workers' Compensation Code |
| EEO Code (see definitions on back) | <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 | Overtime Status <input type="checkbox"/> Non-exempt <input type="checkbox"/> Exempt |
| Primary Job Duties | | |
| Section Completed by | | Date |

Formulario W-4(SP) (2017)

Propósito. Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2017 vence el 15 de febrero de 2018. Vea la Publicación 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si el total de sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Excepciones. Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
- Está ciego o

• Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos. Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Publicación 505 para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, en

inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Para detalles, vea la Publicación 505.

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

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Publicación 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2017. Vea la Publicación 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/formw4sp.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

| | | |
|----------|--|----------------|
| A | Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente | A _____ |
| B | Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. | B _____ |
| C | Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja) | C _____ |
| D | Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos | D _____ |
| E | Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente) | E _____ |
| F | Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito | F _____ |
| G | Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces menos "1" si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos | G _____ |
| H | Sume las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos) | H _____ |
| | Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. <ul style="list-style-type: none"> • Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2. • Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos. • Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H. | |

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

| | | |
|---|---|---|
| Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service | <h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p> | OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2017</h1> |
| 1 Su primer nombre e inicial del segundo | | 2 Su número de Seguro Social |
| Dirección (número de casa y calle o ruta rural) | | 3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero". |
| Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) | | 4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/> |
| 5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2) | | 5 _____ |
| 6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago | | 6 \$ _____ |
| 7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) 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 ► |
| 8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS). | | 9 Código de oficina (opcional) |
| | | 10 Número de identificación del empleador (EIN) |

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2017. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2017, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$313,800 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$287,650 si es cabeza de familia; \$261,500 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$156,900 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Publicación 505, para detalles 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,350 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,350 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2017 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Publicación 505) 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2017 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Publicación 505, en inglés) 5 \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2017 (por ejemplo, dividendos o intereses) 6 \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" 7 \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción 8 _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 9 _____
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) 10 _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea Dos asalariados o múltiples empleos, en la página 1).

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) 1 _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" 2 _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo 3 _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo 4 _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo 5 _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 6 _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí 7 \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener 8 \$ _____
 - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2017. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2017. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago 9 \$ _____

| Tabla 1 | | | | Tabla 2 | | | |
|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Casados que presentan una declaración conjunta | | Todos los demás | | Casados que presentan una declaración conjunta | | Todos los demás | |
| Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es— | Anote en la línea 2, arriba | Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es— | Anote en la línea 2, arriba | Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es— | Anote en la línea 7, arriba | Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es— | Anote en la línea 7, arriba |
| \$0 - \$7,000 | 0 | \$0 - \$8,000 | 0 | \$0 - \$75,000 | \$610 | \$0 - \$38,000 | \$610 |
| 7,001 - 14,000 | 1 | 8,001 - 16,000 | 1 | 75,001 - 135,000 | 1,010 | 38,001 - 85,000 | 1,010 |
| 14,001 - 22,000 | 2 | 16,001 - 26,000 | 2 | 135,001 - 205,000 | 1,130 | 85,001 - 185,000 | 1,130 |
| 22,001 - 27,000 | 3 | 26,001 - 34,000 | 3 | 205,001 - 360,000 | 1,340 | 185,001 - 400,000 | 1,340 |
| 27,001 - 35,000 | 4 | 34,001 - 44,000 | 4 | 360,001 - 405,000 | 1,420 | 400,001 y más | 1,600 |
| 35,001 - 44,000 | 5 | 44,001 - 70,000 | 5 | 405,001 y más | 1,600 | | |
| 44,001 - 55,000 | 6 | 70,001 - 85,000 | 6 | | | | |
| 55,001 - 65,000 | 7 | 85,001 - 110,000 | 7 | | | | |
| 65,001 - 75,000 | 8 | 110,001 - 125,000 | 8 | | | | |
| 75,001 - 80,000 | 9 | 125,001 - 140,000 | 9 | | | | |
| 80,001 - 95,000 | 10 | 140,001 y más | 10 | | | | |
| 95,001 - 115,000 | 11 | | | | | | |
| 115,001 - 130,000 | 12 | | | | | | |
| 130,001 - 140,000 | 13 | | | | | | |
| 140,001 - 150,000 | 14 | | | | | | |
| 150,001 y más | 15 | | | | | | |

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.
Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes 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 impuestos federales 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 exponerle 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 y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (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 que la incluya en el *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.



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

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 08/31/2019

▶ **START HERE:** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------|--------------------------------|
| Last Name (Family Name) | | First Name (Given Name) | | Middle Initial | Other Last Names Used (if any) |
| Address (Street Number and Name) | | | Apt. Number | City or Town | State ZIP Code |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy) | U.S. Social Security Number | | Employee's E-mail Address | | Employee's Telephone Number |
| | [][] - [][] - [][][][] | | | | |

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States | |
| <input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i> | |
| <input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____ | |
| <input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i> | |
| <p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p> | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space </div> | |

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Signature of Employee | Today's Date (mm/dd/yyyy) |
|-----------------------|---------------------------|

Preparer and/or Translator Certification (check one):
 I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

| | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------------------|----------|
| Signature of Preparer or Translator | | | Today's Date (mm/dd/yyyy) | |
| Last Name (Family Name) | | First Name (Given Name) | | |
| Address (Street Number and Name) | | City or Town | State | ZIP Code |



Employer Completes Next Page





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

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 08/31/2019

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------|--------------------------------|
| Employee Info from Section 1 | Last Name (Family Name) | First Name (Given Name) | M.I. | Citizenship/Immigration Status |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------|--------------------------------|

| | | | | |
|--|-----------|--------------------------------------|------------|--|
| List A | OR | List B | AND | List C |
| Identity and Employment Authorization | | Identity | | Employment Authorization |
| Document Title | | Document Title | | Document Title |
| Issuing Authority | | Issuing Authority | | Issuing Authority |
| Document Number | | Document Number | | Document Number |
| Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy) | | Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy) | | Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy) |
| Document Title | | Additional Information | | QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space |
| Issuing Authority | | | | |
| Document Number | | | | |
| Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy) | | | | |
| Document Title | | | | |
| Issuing Authority | | | | |
| Document Number | | | | |
| Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy) | | | | |

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ *(See instructions for exemptions)*

| | | | | |
|--|---|--|-------|----------|
| Signature of Employer or Authorized Representative | Today's Date(mm/dd/yyyy) | Title of Employer or Authorized Representative | | |
| Last Name of Employer or Authorized Representative | First Name of Employer or Authorized Representative | Employer's Business or Organization Name | | |
| Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) | | City or Town | State | ZIP Code |

Section 3. Reverification and Rehires *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|----------------|--|--|
| A. New Name (if applicable) | | | B. Date of Rehire (if applicable) | |
| Last Name (Family Name) | First Name (Given Name) | Middle Initial | Date (mm/dd/yyyy) | |

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

| | | |
|----------------|-----------------|---------------------------------------|
| Document Title | Document Number | Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy) |
|----------------|-----------------|---------------------------------------|

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

| | | |
|--|---------------------------|---|
| Signature of Employer or Authorized Representative | Today's Date (mm/dd/yyyy) | Name of Employer or Authorized Representative |
|--|---------------------------|---|

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

| LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization | OR | LIST B Documents that Establish Identity | AND | LIST C Documents that Establish Employment Authorization |
|--|----|---|-----|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI | OR | <ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record | AND | <ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545) 3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350) 4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 5. Native American tribal document 6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security |

Examples of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.



GUÍA DE LA POLÍTICA Y FORMULARIO DE ORIENTACIÓN DEL EMPLEADO

La guía de la política de los empleados describe información importante acerca de mi trabajo. Entiendo que debo consultar con la oficina de Recursos Humanos lo concerniente a cualquier pregunta que no ha sido contestada en la guía de política o por mi supervisor. He entrado en mi relación de empleo con el entendimiento que soy un empleado a voluntad y reconozco que no hay una duración específica de empleo, por consiguiente, yo o mi empleador, o aquellos designados por mi empleador, pueden terminar la relación de empleo a voluntad, con o sin causa, en cualquier momento mientras leyes federales o estatales aplicables no sean violadas.

Dado que la información, políticas y beneficios que se describen en la guía de la política están necesariamente, sujetas a cambio, admito que las revisiones de la guía de la política y beneficios pueden ocurrir, sin embargo la política de empleo a voluntad no está sujeta a cambios. Los cambios pueden ser comunicados a través de avisos oficiales o a través de otros medios, y entiendo que la información revisada, políticas, beneficios, etc. pueden sustituir, modificar o eliminar políticas y beneficios existentes. La edición de la guía de la política que he recibido reemplaza todas las ediciones anteriores.

Por otra parte reconozco que la guía de política recibida por mí no constituye un contrato de empleo. He recibido la guía de la política o obtendré una copia en línea (www.aplusbenefits.com/document-center) incluyendo la política de drogas y alcohol, y entiendo que es mi responsabilidad el leerla y prometo así hacerlo. Prometo de igual forma cumplir con las políticas contenidas en la guía de la política y cualquier revisión hecha a esta.

| | | | |
|---------------------|--------|----------|-------|
| Nombre del empleado | NOMBRE | APELLIDO | |
| Firma del empleado | X | | FECHA |

Grupo de Seguro de Vida Designación de Beneficiarios

En sociedad con Reliance Standard, A Plus Benefits esta complacido de ofrecer Básico y/o Complementario seguro de vida a empleados quienes estén trabajando al menos 20 horas por semana. Sírvase designar su beneficiario mas abajo, asegúrese que su designación es clara de modo que no habrá preguntas en cuanto a su a su significado.

| Información del Empleado | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|---------------------------------|---------------------|---|
| Nombre | Apellido | Número de Seguro Social | | | | |
| Designación de Beneficiarios | | | | | | |
| | Nombre Completo | Dirección Completa | Numero Seguro Social | Relación | Fecha de Nacimiento | % |
| Beneficiario Principal | | | | Si no es cónyuge, ver más abajo | | |
| | | | | | | |
| Beneficiario Contingente | | | | | | |
| | | | | | | |
| Firma del Empleado | x | | | | Fecha | |

*Si usted vive en una propiedad de una comunidad del estado (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin) usted debe completar la sección de consentimiento nupcial, firmando mas abajo su conyugue renuncia al de el o ella derechos a alguna propiedad en la comunidad dentro del beneficio.

Esto certifica que, como conyugue del empleado nombrado arriba, yo por la presente consiento a mi conyugue la designación de la persona(s) registrados arriba como beneficiarios de este grupo de seguros de vida bajo la póliza arriba escrita y renuncio a cualquier derechos que yo pueda ganar de tal seguro bajo leyes aplicables de propiedad de la comunidad.

Firma del conyugue del empleado: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL ACUERDO DE DEPÓSITOS AUTOMATIZADOS

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y SOLICITO A A-PLUS INC., PARA HACER DEPOSITOS ELECTRONICOS DE CUALQUIER CANTIDAD QUE SE ME ADEUDE INICIANDO PARTIDAS DE CREDITO A MI CUENTA INDICADA EN LA INSTITUCION FINANCIERA NOMBRADA A CONTINUACION, EN LO SUCESIVO DENOMINADO BANCO A ACEPTAR CUALQUIER DEPOSITO INICIADOS POR A-PLUS BENEFITS, INC. EN DICHA CUENTA Y EL ACREDITAR LOS MISMOS A DICHA CUENTA. DE IGUAL FORMA AUTORIZO A A-PLUS BENEFITS, INC. PARA CARGAR MI CUENTA CUANDO SE HA PRODUCIDO UN ERROR Y LAS CIRCUMSTANCIAS REQUIERAN QUE DICHO ERROR SEA CORREGIDO.

SE ENTIENDE QUE ESTE ACUERDOCONTRATO PUEDE SER TERMINADO EN CUALQUIER MOMENTO MEDIANTE UNA NOTIFICACION POR ESCRITO A A-PLUS BENEFITS, INC. O EL BANCO. DICHA NOTIFICACION HECHA A A-PLUS, INC. SERA EFECTIVA SOLO CON RESPECTO A LOS DEPOSITOS INICIADOS POR A-PLUS BENEFITS, INC. DESPUES DE RECIBIR LA NOTIFICACION POR ESCRITO Y LA OPORTUNIDAD RASONABLE PARA ACTUAR. TODA NOTIFICACION AL BANCO SERA EFECTIVA SOLO CON RESPECTO A LAS PARTIDAS ACREDITADAS A MI CUENTA POR EL BANCO DESPUES DE HABER RECIBIOD LA NOTIFICACION ESCRITA Y POR UN TIEMPO RASONABLE PARA ACTUAR. SE RQUIERE DE (15) DIAS DE PROCEDIMIENTO INICIAL QUE REQUIERE EL BANCO PARA LLEVAR A CABO LA CONFIGURACION Y APROBACION. TRANSFERENCIAS ELECTRONICAS PUEDEN SER VERIFICADAS 48 HORAS DESPUES DE LA TRANSACCION.

| POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION | | | |
|---|---|---|---------------|
| NOMBRE DEL EMPLEADO | SEGURO SOCIAL | COMPANIA-CLIENTE | |
| POR FAVOR, MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES <input type="checkbox"/> DEPOSITAR SU CHEQUE DE NOMINA <input type="checkbox"/> DEPOSITAR \$ _____ COMO DEDUCIDO | POR FAVOR MARQUE UNO DE LOS SIGUIENTES <input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS <input type="checkbox"/> CUENTA DE CHEQUES | <input type="checkbox"/> CUENTA DE L MERCADO MONETARIO <input type="checkbox"/> OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) | |
| NOMBRE DEL BANCO | | | |
| DIRECCIÓN DEL BANCO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NUMERO DE TRANSITO / ABA | NUMERO. DE CUENTA | | |
| FIRMA DEL EMPLEADO | X | | FECHA |

Por favor adjunte un cheque anulado a este documento



| SOLO PARA EL USO DE LA EMPRESA | |
|---|-------------------------|
| NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA COMPAÑIA | FECHA DE PRENOTA |
| NUMERO DE RUTA DE TRANSITO | FECHA EFECTIVA |
| NUMERO DE CUENTA | VERIFICADO POR EL BANCO |