

## Aplicacion de Trabajo

### Informacion Personal

Fecha: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Posicion deseada: \_\_\_\_\_ Años de Experiencia: \_\_\_\_\_

Tienes otras habilidades?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pago por hora Requerido?: \_\_\_\_\_

Es usted mayor de 18 años? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Posee una Licencia de conducir Valida? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Informacion de Empleo

Cuando estaria disponible para comenzar a trabajar? \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra compañía? \_\_\_\_\_

Fue referido por algun empleado nuestro? \_\_\_\_\_

Tiene transporte disponible? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está usted dispuesto a viajar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Historial de Trabajo

Subir currículum aquí: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal Zip: \_\_\_\_\_

Telephono: \_\_\_\_\_ Ultimo Salario: \_\_\_\_\_

Nombre y Titulo del Supervisor: \_\_\_\_\_

Empleado Desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Funciones realizadas: \_\_\_\_\_

Razon por la que dejo el trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal Zip: \_\_\_\_\_

Telephono: \_\_\_\_\_ Ultimo Salario: \_\_\_\_\_

Nombre y Titulo del Supervisor: \_\_\_\_\_

Empleado Desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Funciones realizadas: \_\_\_\_\_

Razon por la que dejo el trabajo: \_\_\_\_\_

## Historia de la Educación

Escuela secundaria: \_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_

Otros/ Technical: \_\_\_\_\_

Rama militar: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Cursos relevantes para el trabajo completados: \_\_\_\_\_

Equipamento que puede usar: \_\_\_\_\_

Habilidades adicionales o experiencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_

## Referencias

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

## Firma

**Adviso:** En consideración a mi empleo, acepto cumplir con las reglas y políticas de Naztec Staffing y acepto que mi empleo y mi compensación puedan terminarse, con o sin causa y con o sin aviso, en cualquier momento, a opción de Naztec Staffing, o yo mismo.

Los solicitantes calificados reciben la misma consideración. No se hacen preguntas con el fin de excluir a ningún solicitante por motivos de raza, credo, color, origen nacionalida, religión, edad, sexo o cualquier otra característica protegida por la ley. Naztec Staffing es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

**Su firma aquí:** 1) autoriza a cualquier antiguo empleador, escuela u organización laboral a divulgar información sobre usted a Naztec, para su uso en la determinación de empleabilidad: 2) reconoce que la falsificación de cualquier información proporcionada para inducir a Naztec a contratarlo (o la exclusionde revelar información laboral pertinente) es causa de despido inmediato: 3)reconoce que cualquier puesto que se le ofrezca antes de completar nuestra investigación estácondicionado a los resultados de esa investigación, incluida la verificación del derecho legal a trabajaren los Estados Unidos: 4 ) reconoce su consentimiento para someterse a los exámenes médicosposteriores a la oferta que Naztec o cualquiera de sus clientes puedan requerir, quepueden incluir la obtención de muestras de tejido o fluidos corporales y su análisis: 5) reconoce queesta solicitud solo será reconocida o aceptada para no más de 21 días a partir de la fecha en que fuerecibido por Naztec.

**SMS:** Al proporcionar mi número de teléfono celular a Naztec Staffing, acepto y reconozco que Naztec puede enviar mensajes de texto a mi número de celular para cualquier propósito, incluyendo fines de marketing.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.  
**La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

**2025**

<b>Paso 1:</b> <b>Anote Su Información Personal</b>	(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) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	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).		

**CONSEJO:** Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

**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](http://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](http://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).

<b>Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos</b>	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 . . . . .	<b>3</b>	\$ _____
<b>Paso 4 (opcional): Otros Ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).</b> 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 . . . . .	<b>4(a)</b>	\$ _____
	(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .	<b>4(b)</b>	\$ _____
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$ _____

<b>Paso 5: Firma Aquí</b>	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	

<b>Para Uso Exclusivo del Empleador</b>	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--



263 N Jog Road  
West Palm Beach, FL 33413  
Phone: 561-486-2323  
www.naztecstaffing.com

## Deposito Directo

Empleador EEO

Por favor elija la opción que prefiere para depósito directo. Cada semana recibirás un correo electrónico con su talonario de pago. La contraseña son las primeras 4 letras de su apellido y los últimos 4 dígitos de su número de seguro social.

Cheques \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Número de Ruta: \_\_\_\_\_ Cuenta #: \_\_\_\_\_

**PLANILLA DE DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMES DEL CONSUMIDORS CON FINES DE EMPLEO**

[IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE ANTES DE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN]

**DIVULGACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES**

**Naztec International Group, LLC dba Naztec Staffing (COMPANY), puede obtener información sobre usted para fines de empleo de una agencia de información de terceros.**

Por lo tanto, es posible que sea objeto de un «informe del consumidor» y/o una «investigación del consumidor» que puede incluir información acerca de su carácter, reputación general, características personales y/o modo de vida, y que puede incluir entrevistas personales con sus vecinos, amigos o asociados, entre otros. Estos informes pueden contener información relacionada con su historial de crédito, antecedentes penales, verificación de seguridad social, registros de vehículos automotores («registros de conducción»), verificación de su educación o historial de empleo, u otros controles de antecedentes. Sólo se pedirá su historial de crédito cuando tal información esté relacionada con las funciones y responsabilidades de la posición para la cual usted se está postulando. Usted tiene derecho, previa solicitud por escrito hecha dentro de un tiempo razonable después de la recepción de esta notificación, de solicitar la revelación de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación del consumidor, así como una copia de cualquier informe sobre usted. Tenga en cuenta que la naturaleza y el alcance de la forma más común de los informes de investigación obtenidos con respecto a los solicitantes de empleo, es una investigación sobre su educación y/o historial de empleo llevada a cabo por One Source Technology, LLC, nombre comercial Asurint («Asurint»), PO Box 14730, Cleveland, OH, 44114, 1-800-906-2034.

**RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN**

Acuso recibo de la DIVULGACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES y del RESUMEN DE MIS DERECHOS BAJO LA LEY DE INFORMACIÓN CREDITICIA IMPARCIAL y certifico que he leído y entendido estos dos documentos. Por medio del presente autorizo a la obtención de los «informes del consumidor» y/o «informes de investigación del consumidor» por COMPANY en cualquier momento después de la recepción de esta autorización y durante mi empleo, si aplica, por One Source Technology, LLC, nombre comercial Asurint («Asurint»), PO Box 14730, Cleveland, OH, 44114, 1-800-906-2034, cualquier organización externa que actúe en nombre del COMPANY y/o por COMPANY sí mismo.

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información al consumidor**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Otros nombres/Alias \_\_\_\_\_

Nro. de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nro. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado de la licencia de conducir \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_



# Employment Eligibility Verification

## Department of Homeland Security

### U.S. Citizenship and Immigration Services

**USCIS**  
**Form I-9**  
OMB No.1615-0047  
Expires 07/31/2026

**START HERE:** Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

**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 (if any)	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number
<p><b>I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.</b></p>		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
		<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States				
		<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)				
		<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)				
<input type="checkbox"/> 4. A noncitizen (other than <b>Item Numbers 2.</b> and <b>3.</b> above) authorized to work until (exp. date, if any)						
If you check <b>Item Number 4.</b> , enter one of these:						
USCIS A-Number		OR	Form I-94 Admission Number		OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee				Today's Date (mm/dd/yyyy)		

**If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person MUST complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.**

**Section 2. Employer Review and Verification:** Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

	List A	OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)	<p><b>Additional Information</b></p>    <p>Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.</p>				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					

<p><b>Certification:</b> I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears 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.</p>		First Day of Employment (mm/dd/yyyy):
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative
		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name		Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code

**For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.**

SEGURO DE SALUD  
**DECLARACIÓN JURADA DE RENUNCIA**  
NAZTEC INTERNATIONAL GROUP

<b>NOMBRE: (ESCRIBA CLARAMENTE)</b>  APELLIDO: _____  NOMBRE: _____	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>  _____
<b>DIRECCIÓN:</b>  _____  _____	<b>CIUDAD:</b>  _____  <b>ESTADO:</b> <b>CÓDIGO POSTAL:</b> _____

**(SELECCIONAR)**

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Yo soy un empleado de Naztec International Group
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Entiendo que soy ELEGIBLE para los beneficios de seguro de salud que ofrece mi empleador una vez que complete un mínimo de 30-horas por semana y después de haber completado mi período de espera de elegibilidad (90-días de empleo).
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Entiendo que bajo una ley federal llamada <i>Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y Ley de Asistencia Asequible)</i> mi empleador tiene la obligación de ofrecerme seguro de salud si cumplo con los requisitos de elegibilidad.
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Me han explicado y entiendo perfectamente los beneficios de seguro de salud que ofrece Naztec International Group pero, he declinado la oportunidad de sentarme con un agente de seguros licenciado que podría responder cualquier pregunta que yo tuviera.
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Entiendo que los planes de seguro médico y los beneficios ofrecidos por Naztec International Group son COMPLETOS, COMPRENSIVOS Y ASEQUIBLES de acuerdo con <u>las normas establecidas en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.</u>
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Al colocar mi firma abajo, estoy eligiendo RENUNCIAR o RECHAZAR voluntariamente todos los beneficios del seguro médico que ofrece Naztec International Group y entiendo que es mi responsabilidad bajo la Ley Federal de obtener cobertura de seguro de salud.
<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Al firmar este documento estoy eligiendo RENUNCIAR o RECHAZAR voluntariamente todos los beneficios del seguro médico que ofrece Naztec International Group. Entiendo que es mi responsabilidad bajo la Ley Federal de obtener cobertura de seguro de salud. O, Afirmo que tengo una cobertura de seguro de salud por mi cuenta o, estoy cubierto actualmente en otro lugar que cumple con la <i>Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible.</i>

Mi firma testifica que he leído y he comprendido este documento legal y vinculante. Mi firma significa que mi decisión de RENUNCIAR o RECHAZAR la cobertura la he hecho completamente por mi cuenta y con el conocimiento de que mi empleador me ha ofrecido cobertura de seguro de salud y que deseo RECHAZAR o RENUNCIAR a la cobertura de seguro de salud para el año del plan 2023-2024.

***La información en este formulario es correcta y verdadera a mi saber y entender.***

FIRMA:	FECHA:    /    /
--------	------------------