

Paquete de Aplicación de Empleado

Este paquete contiene los documentos siguientes:

Aplicación del Empleo
Procedimientos de Accidentes y Heridas
Política del Abuso de la Sustancia
Forma de Consentimiento para la Prueba de Droga y/o el Alcohol
Forma I-9
Forma W-4

*La terminación de este Paquete de la Aplicación del Empleo es obligatoria. **Todo los documentos deben ser llenado completamente y firmado por usted antes de su empleo con Plaxco Staffing, LLC,** (se refirió más adelante a Plaxco Staffing). Usted será considerado para el empleo sin la consideración de la raza, color, la religión, el sexo, el origen nacional, o la edad. El Acto del Empleo de La Discriminación por razón de edad del 1967 prohíbe la discriminación por la edad con respecto a individuos que son por lo menos 40 pero menos de 65 años de edad. Plaxco Staffing LLC. es una empresa no discriminatorio y un empleador igual de oportunidad.*

La firma de empleado en la Aplicación del Empleo verifica que él/ella ha recibido una copia de (1) la Política del Abuso de Sustancia de Staffing Staffing (2) la Política de Accidentes y Heridas de Stellar Staffing; también es responsable de completamente entendiendo la política, y concuerda en adherir a estas políticas incorporada en esto y hecho una parte del proceso de la aplicación. (Nota: Si usted no hay recibió una política de la empresa, por favor de refiere a su compañía directa del empleador o cliente.)

Sobre la terminación de las formas en este paquete, vuelva la Aplicación del Empleo, la Forma de Consentimiento para la Prueba de Droga y/o el Alcohol, Forma I-9, Forma W-4, junto con una copia de su permiso de conducir o Tarjeta de Identificación con Retrato y Tarjeta de Seguridad Social a nuestra oficina en 301 McCullough Dr, Suite 400, Charlotte, NC 28262. Usted puede retener todas las otras formas para sus registros. Si usted tiene cualquiera pregunta por favor nos da una llamada en (704) 909-2863.

Por favor no redacte ni haga adiciones a estos documentos.

Información fraudulenta proporcionada en esta aplicación será la causa para rescindir cualquier y todos beneficios de WC.

Plaxco Staffing, LLC.

Yo, _____, reconozco que he leído y recibido este Paquete de la Aplicación de

El nombre del empleado

Empleado.

(Firma de empleado)

Aplicación de Empleo

Esta aplicacion no es una oferta del empleo; las ofertas del empleo se harán sin la duración específica a menos que indicado de otro modo, en la escritura.

Nombre del Solicitante(Por favor impresion duro) :

(Apellido)

(Primero)

(Segundo)

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codico Postal: _____ Telefono #: _____

Telefono de Emergencia: _____

Segurio Social # _____ Fecha del Nacimiento: ____/____/____

Género: ___ Masculino ___ Hembra

Descripcion Del Trabajo _____

Empleador/Cliente _____

Supervisor _____ Sueldo _____

Uno o más del siguiente por un empleado constituyen un voluntario deja conectado con el empleo, y por lo tanto el empleado puede ser negado beneficios del desempleo:

- ❖ El fracaso para informar para trabajar cuando asignado.
- ❖ El fracaso para aceptar una tarea basada en la ubicación.
- ❖ El recibo de un reclamo del desempleo de usted es nota de voluntario deja.
- ❖ El fracaso para conformarse con una directiva lícita de Stellar Staffing o sus representantes..
- ❖ El fracaso para informar para la reasignación.

AUTORIZACION MEDICA

Yo autorizo el acceso repleto a copias de registros médicos, los informes de la radiología, las investigaciones de endroga/alcohol, y documento relacionar de cualquier tipo a mi pasado o la herida/enfermedad presente, a Plaxco Staffing. Yo por la presente concuerdo en liberar esta información y tener todo tales proveedores médicos inocuos de la liberación de esta información como conjunto adelante en esta autorización.

Firma _____ Fecha _____

PROCEDIMIENTOS de ACCIDENTES/HERIDAS

Los procedimientos siguientes se deben seguir para todo las heridas relacionadas al trabajo:

1. Todos accidentes y las heridas deben ser informados a su capataz o el supervisor, incluso si ninguna atención médica se requiera. El empleado herido debe completar un Informe del Herida/Accidente de Empleado, si o no la atención médica se requiere. Se colocará en el archivo médico de empleado para la referencia futura en caso de problemas.
2. Además, un Informe de Supervisor del Accidente se debe completar también, a pesar si la atención médica se requiere. El supervisor, es decir la persona en la tarea que el empleado informa , debe completar un reporte mientras el empleado completa el Informe del Herida/Accidente de Empleado. El Informe deben ser telecopiados a su empleador directo y entonces telecopiados a Plaxco Staffing en (704) 909-2863.
3. Si la herida requiere la atención médica y no es una situación de la emergencia, el supervisor deberá llamar la oficina corporativa antes que el empleado herido es traído a un centro médico. En el caso de una emergencia, el supervisor debe llamada a Plaxco Staffing para informe que centro médico el empleado herido es transportado a. Plaxco Staffing necesitará autorizar el tratamiento, arreglar para facturar apropiado, y determinar que la facilidad sigue los procedimientos apropiados.
4. Si un empleado no es permitido trabajar debido a la incapacidad, él/ella debe notificar a su supervisor corporativo de la oficina. Si el empleado herido está incapacitado sobre 30 días, el empleado debe contactar Plaxco Staffing por lo menos una vez a la semana para notificar Plaxco Staffing de su posición. A recibir una liberación para volver a trabajar, el empleado debe llamar la oficina a informar la disponibilidad.
5. En cualquier momento un empleado está en el deber ligero, la restricción de doctor se debe seguir. El empleado puede volver a deberes regulares sólo cuando liberado en la escritura por el médico. Es la responsabilidad de empleado de decir al médico que la compañía tiene toda clase de trabajo ligero de deber.
6. Una pantalla de la droga se requiere para todas heridas. De acuerdo con la ley del estado, un resultado positivo alivia al empleador de la responsabilidad para algún costo médico. Si el empleado se niega a someterse a una prueba de la droga o el alcohol esta niega puede ser la causa para el despido inmediato, o se puede considerar un “deja” voluntario.

Entiendo y concuerdo en respetar el encima de procedimientos de accidente. Entiendo que ningún pago a mí ni a cualquiera más para gastos con respecto a mi accidente y la herida resultante no es una admisión de la obligación en la parte de la compañía.

Política de Abuso de Sustancia

Es el propósito de Plaxco Staffing, LLC. (La Compañía) ayudar a proporcionar un ámbito laboral seguro y libre de drogas para nuestros clientes y nuestros empleados. Con esta meta en la mente, y debido a el problema serio del abuso de la droga en el lugar de trabajo de hoy, nosotros establecemos la política siguiente para los empleados existentes y futuro empleados de Plaxco Staffing, LLC.

La Compañía prohíbe explícitamente:

- ❖ El uso, la posesión, la solicitud para, o la venta de sustancias prohibidas: (Narcóticos o otras drogas ilegales, el alcohol, otra sustancia prohibida por el estado o la ley o la regulación federales, o por la medicina de la prescripción sin una prescripción) en la premisas de la Compañía, local de Cliente o al realizar una tarea.
- ❖ Siendo dañado o bajo la influencia de drogas o alcohol legales o ilegales lejos de la premisas de la Compañía, local de Cliente, y si tal deterioro o influencia afectan adversamente el desempeño del trabajo de empleado, la seguridad del empleado o de otros, o ponen en riesgo la reputación de la Compañía.
- ❖ La posesión, el uso, la solicitud para, o la venta de drogas o alcohol legales o ilegales lejos de las premisas de la Compañía, local de Cliente, si tal actividad o la participación afectan adversamente el desempeño del trabajo de empleado, la seguridad del empleados o de otros, o ponen en riesgo la reputación de la Compañía.
- ❖ La presencia de alguna cantidad perceptible de sustancias prohibidas en el sistema de empleado mientras en el trabajo, mientras en el local de la Compañía, del Cliente, o de su cliente, o mientras en el negocio de la compañía.

Cada empleado es responsable de informando inmediatamente al supervisor apropiado, el empleador y/o los empleadores, cualquier uso de la medicina prescrita, que puede afectar el juicio de empleado, el desempeño, o la conducta.

La Compañía realizará la prueba de droga bajo cualquiera de las circunstancias siguientes:

- ❖ Todas personas que solicitan una posición con la Compañía pueden ser requeridas a someterse a una prueba de la droga como una condición del empleo.
- ❖ PRUEBA ALEATORIA: Los empleados pueden ser escogidos al azar para probar de droga en cualquier intervalo determinado por la Compañía.
- ❖ PRUEBE PARA la CAUSA: La Compañía puede pedir que un empleado someta a una prueba de la droga se siente en cualquier momento que el empleado puede estar bajo influencia de drogas o el alcohol, incluyendo, pero no limitado a, las circunstancias siguientes: La evidencia de drogas o alcohol en o acerca de la persona de empleado o en la vecindad de empleado, conducto excepcional en la parte de empleado que sugiere deterioro o influencia de drogas o alcohol, las pautas negativas del desempeño, o del absentismo o el retraso excesivos y inexplicados.

- ❖ **PROBAR DESPUES DE UN ACCIDENTE:** Cualquier empleado implicado en un accidente o la herida en el trabajo bajo las circunstancias que sugiere el uso o la influencia posibles de drogas o alcohol en el acontecimiento del accidente o la herida ser pedido que someten a una prueba de droga y/o el alcohol. “Implicó” en un accidente o la herida en el trabajo” significa no sólo el que fue herido, pero también cualquier empleado que contribuyó potencialmente al acontecimiento del accidente o la herida en cualquier manera.

METODOS DE PRUEBA:

La prueba de la droga requiere que el empleado se somete una muestra de la orina para el análisis del laboratorio para detectar las drogas. La prueba para el uso de alcohol requiere una muestra de sangre. Además, cualquier otro método aceptado y razonable se puede utilizar para la prueba de alcohol o droga. La prueba será conducida por un laboratorio o un centro médico designados por la Compañía. La Compañía no será responsable de, y no hace las representaciones ni las garantías a favor de, el laboratorio ni el centro médico que conduce la prueba de la droga. Todos los costes para probar serán pagado por la Compañía. La negacion para someterse a una prueba de la droga o el alcohol puede ser la causa para el despido inmediato, o se puede considerar un “deja voluntario.”

Los RESULTADOS POSITIVOS:

Si un resultado de la prueba es Positivo, será verificado por un método alterno de probar que utiliza sólo la muestra inicial de laboratorio. Resultados positivo de la prueba será informado directamente al solicitante/empleado. Si el solicitante/empleado cree que el resultado de la prueba es inexacto, él/ella tendrá una oportunidad inmediata a explica bastante y completamente por qué él/ella cree que el resultado de la prueba es inexacto.

Si los desechos del solicitante o empleado para refutar los resultados de la prueba, o si la Compañía encuentra que la explicación del solicitante o empleado era poco satisfactoria, el resultado inicial de la prueba se creará conclusivo.

Si un resultado positivo de la prueba del solicitante se cree conclusivo, la Compañía se negará el empleo de solicitante. Si un resultado positivo de la prueba de empleado se cree conclusivo, el empleado será susceptible a la acción disciplinaria, hasta y inclusive la terminacion del empleo. Esto aplicará también si el empleado es probado del uso de drogas o alcohol fuera del contexto del empleo y los resultados indican una infracción de esta política. En tal caso, el empleado será dado una oportunidad de explicar las circunstancias antes de cualquier acción final del empleo llega a ser eficazado. **En caso de que un empleado sea condenado bajo estatuto criminal de la droga para una infracción que ocurre durante el curso y el alcance del empleo, es la responsabilidad de empleado de notificar la Compañía dentro de cinco (5) días de la convicción. Este requisito incluye cualquier hallazgo de la culpa, la súplica culpable, la súplica de ningún concurso ni la imposición de la oración ni cualquier otra pena todo lo que por cualquier tribunal de la jurisdicción competente ni de otro modo con respecto a cualquier estado ni el estatuto criminal federal que implican el fabrica, la distribución, la distribución, el uso o la posesión de cualquier sustancia o la droga controladas, inclusive alcohol;**

La POLITICA del TRATAMIENTO:

La Compañía anima a todos empleados que necesitan tratamiento que tomen parte voluntariamente de ayuda disponible de la droga y/o los programas del tratamiento.

PROGRAMAS DEL TRATAMIENTO:

La Compañía le puede proporcionar a un empleado una lista de aconsejar disponible de droga, los programas de rehabilitación y/o ayuda. La Compañía no hace las representaciones ni las garantías, expresa ni implicado, acerca de la clase ni la calidad de servicios ofreció por las entidades ni individuos contenidos en la lista de programas disponibles de tratamiento de droga.

Las BUSQUEDAS:

La Compañía puede requerir que empleados cooperan con las búsquedas personal o de la facilidad cuando hay razón de creer que drogas o el alcohol estan presente, cuando su desempeño se daña o cuando su conducta es irregular. Negar a cooperar con estos procedimientos puede ser la causa para el despido inmediato, o se puede considerar un “deja voluntario.”

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADO A LA PRUEBA DE DROGA y/o DEL ALCOHOL

Convengo por este medio, por un requerimiento hecho bajo la política de prueba de la droga/alcohol de Plaxco Staffing, LLC. (La Compañía), para someter a una prueba de la droga o el alcohol y para proporcionar una muestra de mi orina, del aliento, del pelo, y/o de la sangre para el análisis. Entiendo y concuerdo que si rechazo en cualquier momento de someterme a una prueba de la droga o el alcohol bajo la política de la empresa, o si yo de otro modo fallo de cooperar con los procedimientos de prueba, seré susceptible a la terminación inmediata. Autorizo aún más y doy el permiso repleto a la Compañía y/o su médico de la compañía que manda la espécimen o las especímenes tan completo a un laboratorio para una investigación de prueba para la presencia de alguna sustancia prohibida bajo la política, y para el laboratorio u otra facilidad que prueban para liberar cualquier y toda documentación que relaciona a tal prueba a la Compañía y/o a cualquier entidad gubernamental implicada en un acto legal o la investigación conectó con la prueba. Finalmente, autorizo la Compañía a revelar cualquier documentación que relaciona a tal prueba a cualquier entidad gubernamental implicada en un acto o la investigación legales conectados con la prueba.

Tendré inocua la Compañía, su médico de la compañía, y cualquier laboratorio de prueba que la Compañía quizás utilice, significando que yo no demandaré ni tendré tales partidos responsables para ningún daño pretendido a mí que quizás resulte de tal probando, inclusive la pérdida del empleo ni cualquier otra clase de la movilización adversa que quizás surja como resultado de la prueba de droga y alcohol, incluso si un representante de la Compañía y el laboratorio hacen un error en la administración o el análisis de la prueba o la cobertura de los resultados. Hago el asidero adicional inocuo la Compañía, su médico de la compañía, y cualquier laboratorio que prueba que la Compañía quizás utilice para cualquier daño pretendido a mí que quizás resulte de la liberación o el uso de información o documentación que relacionan a la prueba de la droga o el alcohol, tan largo como la liberación o el uso de la información está dentro del alcance de esta política y de los procedimientos explicaron como en el párrafo arriba.

Esta política y la autorización han sido explicadas a mí en un idioma que entiendo, y he sido dicho que si tengo cualquiera pregunta acerca de la prueba o la política, ellos serán contestados.

ENTIENDO QUE LA COMPAÑIA REQUERIRA UNA PRUEBA de la DROGA BAJO ESTA POLITICA SIEMPRE QUE SOY IMPLICADO EN UN ACCIDENTE O la HERIDA EN EL TRABAJO BAJO las CIRCUNSTANCIAS QUE SUGIERE la PARTICIPACION O la INFLUENCIA POSIBLES DE DROGAS O ALCOHOL EN EL ACONTECIMIENTO del ACCIDENTE O la HERIDA.

Firma de Empleado

Fecha

Nombre del Empleado - Impreso

Representante de la Compañia

Fecha