

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: • 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 ayudarle 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	_____
(Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Publicación 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para detalles).			
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. • 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	Suma 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. • 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)		Certificado de Exención de Retenciones del Empleado		OMB No. 1545-0074	
Department of the Treasury Internal Revenue Service		► 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.		2017	
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido		2 Su número de Seguro Social	
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 ☐ Soltero ☐ Casado ☐ 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. ► ☐			
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 \$	
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 cumplo 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 ►		7			
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). ►					
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. Estas 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 **Suma** 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 **Suma** 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 periodos 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 periodos 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 exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal 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):

☐ 1. A citizen of the United States	
☐ 2. A noncitizen national of the United States (<i>See instructions</i>)	
☐ 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
☐ 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>)	
<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>	
1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

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 Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C 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)				
Document Title				
Issuing Authority				

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 Proline Interiors Inc.	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) 6510 Boulder Ranch Ave.		City or Town Henderson	State NV	ZIP Code 89011

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
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: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (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		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 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	1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (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.

Autorización de Depósito Directo del Empleado

Instrucciones

Empleado: Llene y regrese a su empleador.

Empleador: Guarde solo para sus archivos.

Este documento debe de ser firmado por los empleados solicitando el deposito automatico de cheques de pago y gaurdado en el expediente por el empleador. No envíe este formulario a Intuit. Empleados deben de adjuntar un cheque anulado para cada una de sus cuentas para ayudar a verificar sus numeros de cuneta y numeras de ruta baancarios. **NOMBRE DEL BANCO:**

Cuenta 1: Tipo Cuenta Cheques Ahorros

Numero de Ruta (ABA number): _____

Numero de Cuenta: _____

Porcentaje o cantidad que se depositara en esta cuenta: _____

Cuenta 2 (El resto sera depositado en esta cuenta): _____

Cheques Ahorros

Numero de Ruta (ABA number): _____

Numero de Cuenta: _____

Adjunte un cheque anulado para cada cuenta aqui

Autorizacion (ingrese el nombre de su empresa en el espacio) _____

Esto autoriza _____ (La empresa)

Para enviar entradas de credito (y entradas apropiadas de debito y ajustes), electronicamente o por cualquier otro comercialmenete aceptado, a mi cuenta(s) indicadad (s) a continuacion y otros cuentas en el futuro. Yo estoy de acuerdo que las transacciones de ACH autorizadas en este documento deberán cumplir con todas las leyes aplicables de los Estados Unidos. Esta autorización estará vigente hasta que la Compañía reciba un aviso de terminación por escrito de mí mismo y tenga un oportunidad de actuar en consecuencia.

Firma autorizada: _____ Empleado ID #: _____

Nombre escrito: _____ Fecha: _____

PROLINE INTERIORS

ACOUSTICAL CEILINGS, FRAMING, DRYWALL, & PAINTING

Posición: _____ Fecha: _____

Proline Interiors, Inc. considera todos los aplicantes para empleo sin consideración alguna hacia la raza, el color, la religión, el sexo, el origen nacional, edad o el estado como una Vietnam-era o veterano enlistado de acuerdo con el estado aplicable y la ley federal.

Nombre	Seguro Social	Fecha de Nacimiento
--------	---------------	---------------------

Dirección Actual	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	--------	--------	---------------

# De Celular	Nombre Del Contacto De Emergencia	# De Telefono
--------------	-----------------------------------	---------------

¿Es usted mayor de 18 años? () si () no Si no, indique su edad: _____

¿Si usted tiene menos de 18 años de edad, tiene usted permiso de trabajo? () si () no

Fecha que usted pueda empezar a trabajar: _____

¿Ha sido empleado con nosotros? () si () no Si si, cuando? _____

¿Hay cualquier cosa que evite que usted realice en una razonable y manera sabia las actividades implicados en la posición de cual usted ha solicitado? Si si, explique por favor:

¿Ha cometido un crimen? () si () no

Si si, indique la naturaleza de la ofensa, cuando, donde, y la disposición.

*Una previa convicción no será necesariamente una barra para el empleo. Esta información será utilizada solamente para los propósitos relativos al trabajo y solamente hasta lo permitido por la ley aplicable.

PROLINE INTERIORS

ACOUSTICAL CEILINGS, FRAMING, DRYWALL, & PAINTING

Las leyes federales requieren que los patrones empleen solamente a individuales que se autoricen a ser empleados legales en los Estados Unidos. En conformidad con tales leyes, Proline Interiors, Inc. verificara el estado de cada empleo ofrecido con la compañía. En esta conexión, todas las ofertas de empleo serán conforme a la verificación de la autorización de la identidad del empleo del aspirante, y será necesario que usted someta los documentos tales como son requeridos por la ley para verificar su autorización de identificación del empleo.

¿Le autorizan actualmente a trabajar para todos los empleadores en los Estados Unidos sobre una base a tiempo completo, o solamente para su empleador actual?

() Todos los empleadores

() Solamente los empleadores actuales

Indique el nombre de cualquier pariente en nuestra empresa:

REGISTRO DE EDUCACION

Nombre y dirección de la escuela	Tipo de Estudio	#de años terminados	¿Usted se graduó?	El diploma o el grado que recibió

REGISTRO DE SERVICIO MILITAR

De:	Fechas A:	Nombre, dirección, y número de teléfono del empleador	Razón por irse

PROLINE INTERIORS

ACOUSTICAL CEILINGS, FRAMING, DRYWALL, & PAINTING

REFERENCIAS PERSONALES (EXCEPTO PARIENTES)

Nombre y ocupación	Años Conocidos	Dirección	Teléfono

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR

Existen leyes que lo **protegen** si usted es castigado por presentar una queja de seguridad y salud. Si usted siente que lo han tratado injustamente por haber presentado una queja de seguridad y salud, usted tiene hasta 30 días después de la fecha del castigo para presentar una queja de discriminación con la NVOSHA.

La mayoría de las lesiones que suceden en el trabajo son cubiertas por el Seguro de Compensación al Trabajador. Desde cortadas, moretones y accidentes serios, la cobertura comienza el primer minuto que usted está en el trabajo.

Es su responsabilidad reportar inmediatamente cualquier lesión que sucede en el trabajo a su supervisor o encargado utilizando el (Formulario C-1) “La Notificación de Lesión o Enfermedad Ocupacional.” Su empleador deberá presentar un “Reporte de Lesión del Empleador” utilizando el (Formulario C-3) dentro de seis días después de recibir un “Reclamo para Compensación” (Formulario C-4) por parte de un médico o quiropráctico.

Pero recuerde, el presentar un reclamo falso no solo resultará en la pérdida de los beneficios, pero también podría significar multas costosas y/o tiempo en la cárcel.

Si existe una situación de peligro en el trabajo y el trabajador, sin alternativa razonable, se reusa de buena fe a exponerse a una condición peligrosa, ellos serán protegidos de una represalia posterior. La condición deberá ser de tal naturaleza que una persona razonable podrá concluir que existe un peligro real de muerte o un daño serio y que no hay suficiente tiempo para contactar a NVOSHA y tiempo para que NVOSHA realice una inspección. De ser posible, el trabajador también debió haberle pedido a su empleador una corrección de la condición y no haberla obtenido.

Durante una inspección de NVOSHA, usted tiene el derecho de hablar en privado con el inspector y formar parte de las reuniones con el inspector antes y después de la inspección. Fomentamos que señale riesgos, que describa lesiones y enfermedades de estos riesgos, que comparta reclamos anteriores de trabajadores y que informe al inspector sobre condiciones laborales que no son normales durante la inspección. Si se proponen citaciones al empleador después de la inspección, al empleador se le requerirá que coloque las citaciones donde los empleados las puedan ver.

La Ley de Seguridad Ocupacional y de Salud de Nevada fue creada para permitirle hacer su trabajo en un lugar seguro e higiénico. **Pero de usted depende asegurarse que la seguridad en el trabajo funcione.** Los siguientes son unos consejos para ayudarle a mantenerse seguro en el trabajo.



Conozca y cumpla todos los reglamentos de seguridad establecidos por:

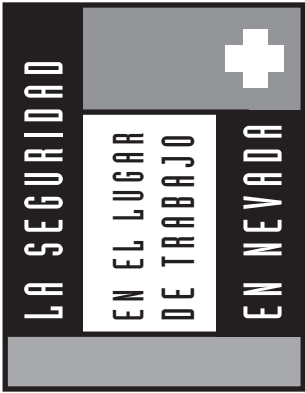
- + Su empleador
- + La Ley de Seguridad Ocupacional y de Salud de Nevada
- + La Administración de Seguridad Ocupacional y de Salud del Estado de Nevada (NVOSHA)

Usted puede obtener copias de todos los estándares de seguridad y salud de Nevada en el Departamento de la Sección de Consultoría y Entrenamiento de Seguridad de la División de Relaciones Industriales o en el sitio de Internet www.4safenv.state.nv.us. **También, es posible que a su empleador se le requiera contar con un programa de seguridad en el trabajo por escrito.**

Si su empleador requiere el uso de equipo de protección personal, tales como cascos de seguridad, zapatos de seguridad, anteojos de seguridad, respiradores, o protección auditiva, **usted es responsable de portar y/o utilizar el equipo.**

Si usted no sabe cómo usar las herramientas, el equipo o la maquinaria de manera segura, asegúrese de preguntarle a su supervisor.

Si usted ve algo que no es seguro, repórtelo a su supervisor. Eso es parte de su trabajo. Dele la oportunidad a su empleador de componer el problema. **Si usted piensa que la condición insegura sigue existiendo, es su derecho presentar una queja ante la NVOSHA.** La División no le proporcionará su nombre a su empleador.



Pare y Aprenda Sus Derechos y Responsabilidades

La División de Relaciones Industriales del Departamento de Nevada de Negocios e Industria ayuda a los empleadores a proveer un lugar de trabajo seguro e higiénico. Este documento explica los derechos y las responsabilidades de empleadores y trabajadores para crear un ambiente laboral seguro.



LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO ES RESPONSABILIDAD DE TODOS

Yo he (marque una) X leído este documento o ___ visto el video, titulado “La Seguridad en el Trabajo en Nevada: Sus Derechos y Responsabilidades” y yo entiendo mis derechos y responsabilidades sobre la seguridad en el lugar de trabajo.

Nombre del Empleado (por favor escriba con letra de molde) _____ Fecha_____

Firma del Empleado_____

Lugar Donde Vio el Video _____

Nombre del Empleador (por favor escriba con letra de molde)_____ Proline Interiors Inc.

Firma del Empleador (o representante)_____

Cualquier empleado que no entienda este documento deberá contactar a su supervisor, a su representante de empleados o a la División de Relaciones Industriales del Departamento de Nevada de Negocios e Industria.

Las Vegas: (702) 486-9140

Reno: (775) 688-3730

Elko: (775) 778-3312

Toll-Free: (877) 472-3368

Nota: Esta porción deberá mantenerse en el archivo de recursos humanos del empleado

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

La Sección de Consultoría y Entrenamiento (SCATS), por sus siglas en inglés) fue creada para ayudar a los empleadores a cumplir con las leyes de Nevada que gobiernan la seguridad ocupacional y la salud. Estas leyes están disponibles para proporcionar una valoración de riesgos en el lugar de trabajo. Este servicio puede ayudar a los empleadores a minimizar los riesgos en el lugar de trabajo, y se brinda sin costo alguno. La División también ofrece entrenamiento de seguridad y programas informativos para los empleadores de Nevada sin costo.

Un empleador de Nevada con 11 empleados o más deberá establecer un programa de seguridad del lugar de trabajo por escrito. Se requiere contar con un comité de seguridad si el empleador tiene más de 25 empleados o si los trabajadores del empleador están involucrados con la manufactura de explosivos.

Usted deberá mantener un lugar de trabajo libre de condiciones peligrosas.

Como empleador usted es responsable de cumplir con todos los estándares y reglamentos de seguridad y salud de Nevada que se encuentran en:

- + La Ley de Seguridad Ocupacional y de Salud de Nevada
- + Los Estándares y Reglamentos de Seguridad Ocupacional y de Salud

Copias de todos los estándares y reglamentos de seguridad ocupacional y salud se encuentran disponibles en la División de Relaciones Industriales (SCATS y NVOSHA) o en el sitio de Internet www.4safenv.state.nv.us.



Usted también es responsable de asegurarse que todos sus empleados cumplan con estas mismas normas, estándares y reglamentos. Usted deberá elegir a alguien que administre y haga cumplir los programas de seguridad ocupacional y salud en su lugar de trabajo.

Antes de asignar a un empleado para un trabajo, usted deberá proporcionar entrenamiento adecuado en un idioma y formato que cada empleado pueda entender:

- + El uso seguro de equipo y maquinaria
- + Equipo de protección personal
- + Reconocimiento de Riesgo
- + Procedimientos de Emergencia
- + Químicos peligrosos y sustancias encontradas en el lugar de la obra o en el lugar de trabajo

Usted también deberá informar a todos los empleados sobre las reglas de seguridad, reglamentos y estándares aplicables a sus respectivas responsabilidades.

Es su responsabilidad mantener registros y reportes precisos de accidentes y lesiones. Estos archivos deberán hacerse disponibles de ser solicitados, al empleado afectado y a los representantes de NVOSHA.

El Póster de Seguridad y Salud de Nevada, proporcionado por la División de Relaciones Industriales, deberá ser colocado en un lugar prominente en el lugar de trabajo.

Cualquier accidente que ocurre en el transcurso de empleo que resulta fatal para uno o más empleados o que termina en una hospitalización de tres o más empleados deberá ser reportado oralmente a la oficina de NVOSHA más cercana dentro de las 8 horas subsiguientes del tiempo que el accidente se reporto a cualquier agente o empleado del empleador.



Los empleadores deberán adquirir y mantener Seguro de Compensación al Trabajador en todo momento. Usted es responsable de archivar cualquier reclamo de compensación al trabajador con su empleador.

Responsabilidades Adicionales del Empleador:

- + Realizar pruebas tales, como muestras de aire y monitoreo de ruido.
- + Prevenir que los empleados estén expuestos a sustancias nocivas que incluyen químicos, plomo, amianto, y objetos filosos.
- + Proveer exámenes de audición, pruebas médicas, protección contra caídas, guardas en las maquinas, equipo y protección de seguridad para derrumbamiento de excavaciones y espacios encerrados, respiradores, equipo de protección personal, etc., tal y como lo requieren los estándares de NVOSHA y OSHA.

La ley requiere que los empleadores proporcionen a los trabajadores recién contratados con una copia de este documento o enseñarles un video con los derechos y responsabilidades de empleadores y trabajadores para promover la seguridad en el lugar de trabajo.

Los empleadores deberán conservar una copia firmada del recibo adjunto en el expediente personal del trabajador para mostrar que él o ella conocen estos derechos y responsabilidades.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si usted requiere de mayor información o quisiera obtener copias de los estándares de seguridad y salud, videos de este panfleto en inglés y español o más copias del panfleto, contacte a los siguientes:

La Sección de Consultoría de Seguridad y Entrenamiento de la División de Relaciones Industriales del Departamento de Negocios y División Industrial del Estado de Nevada

En el Sur de Nevada	En el Norte/Centro de Nevada
1301 N. Green Valley Parkway Suite 200 Henderson, NV 89074 (702) 486-9140 Fax: (702) 990-0362	4600 Kietzke Lane Suite E-144 Reno, NV 89502 (775) 688-3730 Fax: (775) 688-1478

En el Noreste Nevada	O Llame, Gratis
350 West Silver Street Suite 210 Elko, NV 89801 (775) 778-3312 Fax: (775) 778-3412	1 (877) 4SAFENV (472-3368) www.4safenv.state.nv.us

Departamento de Negocios y División Industrial del Estado de Nevada de Relaciones Industriales NVOSHA

En el Sur de Nevada	En el Norte de Nevada
1301 N. Green Valley Parkway Suite 200 Henderson, NV 89074 (702) 486-9020 Fax: (702) 990-0358	4600 Kietzke Lane Suite F-153 Reno, NV 89502 (775) 688-3700 Fax: (775) 688-1378

Un video de esta información está disponible en inglés y español a través de la División de Relaciones Industriales, de la Sección de Consultoría de Seguridad y Entrenamiento.

Este documento puede ser copiado. Para copias adicionales, contacté a la División de Relaciones Industriales o visite www.4safenv.state.nv.us

OSHA® DATOS RÁPIDOS

Pictograma para la norma sobre la comunicación de peligros

La norma de comunicación de peligros (HCS, por sus siglas en inglés) exige pictogramas en las etiquetas para advertir a los usuarios de los peligros químicos a los que puedan estar expuestos. Cada pictograma representa un peligro definido y consiste en un símbolo sobre un fondo blanco enmarcado con un borde rojo. La clasificación del peligro químico determina el pictograma que muestra la etiqueta.

Pictogramas y peligros según la HCS

Peligro para la salud  • Carcinógeno • Mutagenicidad • Toxicidad para la reproducción • Sensibilización respiratoria • Toxicidad específica de órganos diana • Peligro por aspiración	Llama  • Inflamables • Pirofóricos • Calentamiento espontáneo • Desprenden gases inflamables • Reaccionan espontáneamente (autorreactivos) • Peróxidos orgánicos	Signo de exclamación  • Irritante (piel y ojos) • Sensibilizador cutáneo • Toxicidad aguda (dañino) • Efecto narcótico • Irritante de vías respiratorias • Peligros para la capa de ozono (no obligatorio)
Botella de gas  • Gases a presión	Corrosión  • Corrosión o quemaduras cutáneas • Lesión ocular • Corrosivo para los metales	Bomba explotando  • Explosivos • Reaccionan espontáneamente (autorreactivos) • Peróxidos orgánicos
Llama sobre círculo  • Comburentes	Medio ambiente (No obligatorio)  • Toxicidad acuática	Calavera y tibias cruzadas  • Toxicidad aguda (mortal o tóxica)

Para más información:



Departamento de Trabajo
de los EE. UU.



www.osha.gov (800) 321-OSHA (6742)

ORIENTACION DE SEGURIDAD DEL EMPLEADO
NUEVO
RECONOCIMIENTO

Yo he tenido la oportunidad de leer, entender y discutir el PROLINE INTERIORS Programa de Seguridad. Yo entiendo que la seguridad es lo más importante en todo momento y si tengo alguna pregunta sobre el tema de seguridad, no actuare sin consultar primero con mi Supervisor del trabajo y el Director de Seguridad. Si tengo alguna opinión o preocupación no dudare en hablar con el Director de Seguridad.

Firmado: _____ de _____, _____.
Día Mes Año

Nombre: _____

Firma: _____

PROLINE INTERIORS

ACOUSTICAL CEILINGS, FRAMING, DRYWALL, & PAINTING

ABUSO DE SUSTANCIAS Y TESTING POLICY RECONOCIMIENTO

Yo he tenido la oportunidad de leer, entender y discutir el PROLINE INTERIORS Substance Abuse Policy y Substance Abuse Testing Policy.

Fecha: _____

Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____

PROLINE INTERIORS

ACOUSTICAL CEILINGS, FRAMING, DRYWALL, & PAINTING

LAS REGLAS Y POLITICAS DE ESTA EMPRESA

Todos los empleados de Proline Interiors, Inc. son **necesarias** para llevar los siguientes artículos en todos los sitios de trabajo: **botas, pantalones, un sombrero duro, y lentes de seguridad**. Si usted no tiene los artículos enlistados necesita comprarlos dentro de 30 días de este aviso.

Todos los empleados están obligados a tener las herramientas para llevar a cabo la posición para la cual son contratados. Si usted no tiene las herramientas necesarias para su posición, tienen que ser compradas dentro de los treinta (30) días de este aviso.

Trabajo empieza a las 6:00 a 2:30. Descanso es de 9:00 a 9:15 con el almuerzo de 12:00 a 12:30. Al menos que se notifique lo contrario por Bobby Hellebrand de los cambios de tiempo.

Hay absolutamente **no drogas o alcohol permitido en cualquier sitio del trabajo**. Cualquier empleado que se encuentra en posición o intoxicado con cualquier droga o alcohol será despedido.

Cada empleado **debe de tener** su propia medio de transporte para cada sitio de trabajo. Si un empleado está conduciendo su propia vehículo debe de tener una **licencia de manejo valida y seguro** en su vehículo.

Nuestra **no llamada/ no-show póliza**: Si no le llaman a Bobby Hellebrand en 702-504-5276 o si usted no llama a nuestra oficina 702-294-4030 antes del tiempo que este programado para estar en el trabajo será despedido; después do no llamada/ no show tres (3) veces.

Todas las tarjetas de tiempo deberían de ser entregadas cada viernes a su supervisor. Proline Interiors paga semanal depósito directo solamente. Por favor, configura su cuenta en [Paychecks.intuit.com](https://paychecks.intuit.com) para obtener sus recibos de pago en línea.

HE LEIDO Y ENTENDIDO LAS POLIZAS Y NORMAS DE ESTA EMPRESA:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Proline Interiors
Forma de Elección de Beneficios / Deducción de Pago Semanal
 Plan de año: 1/1/2017 – 12/31/2017

Nombre: _____ Fecha de Contratación: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Teléfono : _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dependes:

	Nombre (Apellido, Primer, Inicial)	Sexo	Fecha de Nacimiento	SSN	Medical	Dental	Vision
Esposa/o					☐	☐	☐
Niño					☐	☐	☐
Niño					☐	☐	☐
Niño					☐	☐	☐
Niño					☐	☐	☐
Niño					☐	☐	☐

MEDICAL (HPN/SHL):

<u>HMO Bronze 25/6000/100%</u> <u>Deducción de Pago:</u> ☐ Empleado \$19.97 ☐ Empleado + Esposa/o \$76.87 ☐ Empleado + Niño(s) \$71.18 ☐ Familia \$145.14 <u>PPO Silver 35/4500/70%</u> <u>Deducción de Pago:</u> ☐ Empleado \$46.88 ☐ Empleado + Esposa/o \$130.67 ☐ Empleado + Niño(s) \$122.29 ☐ Familia \$231.23	<u>HMO Gold 25</u> <u>Deducción de Pago:</u> ☐ Empleado \$51.56 ☐ Empleado + Esposa/o \$140.03 ☐ Empleado + Niño(s) \$131.19 ☐ Family \$246.21 <u>PPO Gold 30/1000/70%</u> <u>Deducción de Pago:</u> ☐ Empleado \$60.69 ☐ Empleado + Esposa/o \$158.31 ☐ Empleado + Niño(s) \$148.55 ☐ Familia \$275.46
☐ Elección ☐ Declina* Iniciales: _____	
*Razón por Declinar: ☐ Cobertura individual ☐ Cobertura por esposa/o ☐ Cobertura por Padres ☐ Otro _____	

DENTAL (Principal):

☐ MAC Plan <u>100/80/50 \$1,500 Max</u> <u>Deducción de Pago:</u> ☐ Empleado \$5.52 ☐ Empleado + Esposa/o \$12.59 ☐ Empleado + Niño(s) \$11.88 ☐ Familia \$19.71	☐ UCR Plan <u>100/80/50 \$1,500 Max</u> <u>Deducción de Pago:</u> ☐ Empleado \$8.30 ☐ Empleado + Esposa/o \$18.40 ☐ Empleado + Niño(s) \$17.24 ☐ Familia \$28.41
☐ Elección ☐ Declina Iniciales: _____	

VISION (Principal):

<u>\$10/\$25 12/12/24</u>	<u>Deducción de Pago:</u>	☐ Elección ☐ Declina Initials: _____
☐ Empleado	\$1.58	
☐ Empleado + Esposa/o	\$3.56	
☐ Empleado + Niño(s)	\$3.37	
☐ Familia	\$5.71	

Yo, entiendo (mi participación Proline Interiors' Plan Flexible Beneficio):

- (1) Si mi contribución requerida en el los beneficios elegidos son incrementado o reduce mientras el acuerdo este en efecto, mi compensación será redirigida automáticamente será ajustada para reflexionar el incremento o reducción.
- (2) Antes Del primer día del plan cada año será ofrecido la oportunidad de cambiar mi beneficio elegido para el año entrante. Si no completo y regreso una nueva forma de elección en ese tiempo, será tratado como si hubiera elegido continuar mi beneficio de cobertura para nuevo plan del año. En adición, este acuerdo seguirá por sus términos en la cantidad requerida de contribución por el beneficio elegido.
- (3) YO, no puedo cambiar o revocar este acuerdo en cualquier momento del año al menos que tenga un cambio en mi estatus de familia (incluyendo matrimonio, divorcio, muerte of a esposa/o o hijo, nacimiento o adopción de un hijo, terminación o empiezo de empleo de esposa/o, otros eventos que la Administradora del Plan determine que sea permitido a cambiar o revocar una elección.)
- (4) La Administradora del Plan puede reducir o cancelar la redirigida de compensación imponible o modificar este acuerdo en el evento que ella crea que se a aconsejado hacer lo para satisfacer las provisiones del Internal Revenue Code.

Este acuerdo y sus términos son sujetos a los términos del plan de Beneficio de Proline Interiors , que puede ser ajustado de tiempo a tiempo, será gobernado bajo las leyes aplicables, y revocar cualquier elección previa y el acuerdo redirigida de compensación imponible relativo a dicho plan(es). Al firmar esta forma yo estoy de acuerdo a los términos y procedimientos mencionados.

Firma del Empleado

Fecha

Aviso de seguro de la Salud / Dental

Proline Interiors Inc. ofrece seguro médico y dental después de que haiga sido empleado por dos (2) meses. Usted será responsable de completar todos los papeles necesarios para conseguir seguro médico y dental y regresarlo a la oficina dos semanas antes de que usted sea elegible.

_____ será elegible para seguro Médico y Dental a partir de _____. Yo entiendo que debo de venir a la oficina para llenar los papeles necesarios antes del _____.

Yo también entiendo que si no vengo a llenar los papeles necesarios antes de la fecha arriba indicada yo he optado por renunciar al seguro y no seré elegible para obtener un seguro hasta Enero de 2017.

Firma del Empleado

Fecha