

SOLICITUD DE EMPLEO

Es la política de la empresa proporcionar oportunidades de empleo iguales a todas las personas y no discriminar en sus prácticas de contratación o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad física o mental, veterano o militar, estado del servicio, información genética o cualquier otro estado protegido por las leyes federales, estatales o la ley local.

Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento:
Direccion			Numero de telefono
			()
Ciudad, Estado, Codigo Postal			Numero de celular
			()
Precision a la que aplica			Numero Social
			- -

INFORMACION GENERAL

¿Está relacionado con alguien en APDC Cleaning Services, Inc. _____

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el departamento de su familiar. _____

Dias/Horas disponible para trabajar? _____ Es usted mayor de 18 años? _____

Lun___ Mar___ Mier___ Jue___ Vier___ Sab___ Dom___ Festivos_____

¿Ha presentado previamente una solicitud de empleo a APDC Cleaning Services, Inc? _____

¿Cuando? _____ ¿Para qué posición? _____

¿Está disponible para trabajar: Tiempo Medio _____ Tiempo Completo _____

Si el trabajo lo requiere, puede viajar? _____

Si el trabajo lo requiere, tiene una licencia de conducir válida? _____

PREFERENCIAS DE EMPLEO

Posición deseada _____ Fecha en la que puede comenzar _____ Salario deseado _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE HOY

SOLICITUD DE EMPLEO

MILITAR

¿Alguna vez ha sido miembro de los Servicios Armados de los Estados Unidos? _____

Rama de servicio _____ Rama de servicio activo _____

Describa sus deberes y cualquier capacitación especial: _____

PENAL RECORDS/REGISTROS SELLADOS

¿Se ha declarado "culpable" o "no disputado" o ha sido condenado por un delito menor (que no sea una infracción de tráfico menor) o un delito grave? SI _____ NO _____

Si la respuesta es "sí", indique la naturaleza del (los) delito(s), cuándo y dónde se condena, la disposición del caso y cualquier otra información relevante que desee que consideremos.* _____

TRANSPORTE

¿Tiene una licencia de conducir válida? SI NO	Número de licencia de conducir:
Fecha de caducidad:	Situación de la cuestión: Operación Comercial
¿Ha tenido alguna violación en movimiento durante los últimos 3 años? SI NO	¿Has tenido algún accidente en los últimos 3 años? SI NO
¿Cuáles son sus medios de transporte para trabajar?	Comentarios:

EN CASO DE EMERGENCIA

Altura	Peso	Fecha de nacimiento	Casado SI NO
Nombre completo de su esposo			En caso de Emergencia Tipo de Sangre
Primera Persona Para notificar:			Número de teléfono Casa: () Oficina: ()
Segunda Persona Para notificar:			Número de teléfono Casa: () Oficina: ()

SOLICITUD DE EMPLEO

EDUCACION

	Nombre y ubicación	Programa estudiado/área de concentración	Número de años completados	Grado o Diploma
Escuela Secundaria				
Universidad/Universidad				
Escuela de Posgrado				
Vocacional/Técnico				
Otro				

HABILIDADES (Rellene las casillas de verificación para marcar todo lo que correspondan. Años, Meses, Días)

- | | | |
|--|------------|--|
| <input type="checkbox"/> Typing | WPM: _____ | <input type="checkbox"/> Housekeeping |
| <input type="checkbox"/> Accounting Software | _____ | <input type="checkbox"/> Houseman |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Word/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Common Area |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Excel/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Supervisor |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Access/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Inspector |
| <input type="checkbox"/> Microsoft PowerPoint/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Cook |
| <input type="checkbox"/> HTML/Otro | _____ | <input type="checkbox"/> Precook |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen: _____ | | <input type="checkbox"/> Dishwasher |
| _____ | | <input type="checkbox"/> Bartender/Steward |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen: _____ | | <input type="checkbox"/> Maintenance |
| _____ | | <input type="checkbox"/> Front Desk |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor expliquen: _____ | | <input type="checkbox"/> Guest Services |
| _____ | | <input type="checkbox"/> Otro |

Resuma las habilidades y cualificaciones que serán de especial beneficio en el trabajo para el que está solicitando:

SOLICITUD DE EMPLEO

EMPLEO

Proporcione información de empleo precisa y completa a tiempo completo y a tiempo parcial para sus últimos 3 empleadores. Puede incluir puestos de voluntario si lo desea. Comience con el empleador presente o más reciente.

Nombre de la empresa:	Teléfono: ()
Dirección:	Empleado (Mes/Año) Desde: Hasta:
Nombre del supervisor:	Pago semanal o anual: Comenzo: Termino:
Título del trabajo y descripción de sus deberes:	Motivo para irse:

Nombre de la empresa:	Teléfono: ()
Dirección:	Empleado (Mes/Año) Desde: Hasta:
Nombre del supervisor:	Pago semanal o anual: Comenzo: Termino:
Título del trabajo y descripción de sus deberes:	Motivo para irse:

Nombre de la empresa:	Teléfono: ()
Dirección:	Empleado (Mes/Año) Desde: Hasta:
Nombre del supervisor:	Pago semanal o anual: Comenzo: Termino:
Título del trabajo y descripción de sus deberes:	Motivo para irse:

Podemos Contactar a los empleadores mencionados anteriormente a menos que usted indique lo contrario

NO SE PONGA EN CONTACTO CON EL EMPLEADORES:

Razón:

Por favor, indique cualquier otro nombre que haya utilizado que sea necesario para confirmar su historia de empleo hi.

SOLICITUD DE EMPLEO

REFERENES

Enumere cualquier otra referencia con la que podamos contactar (preferido el empleo y las referencias escolares).

Nombre	Years Acquainted	Cómo se familiariza	Dirección y teléfono #

Es ilegal en ciertos estados, incluyendo Florida, exigir o administrar una prueba de detector de mentiras como condición de empleo o empleo continuo. Un empleador que viole esta ley estará sujeto a sanciones penales y responsabilidad civil.

Si es contratado, ¿está dispuesto a someterse y pasar la prueba de sustancias controladas?

Si _____ No _____

Si es contratado, en caso de que necesite realizar una prueba de Polígrafo, ¿estaría de acuerdo?

Si _____ No _____

Si es contratado, en caso de que necesite realizar una verificación de antecedentes, ¿estaría de acuerdo? Si _____ No _____

¿Es capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo para el que está solicitando, ya sea con / sin adaptación razonable? Si _____ No _____

Si no, describa las funciones que no se pueden realizar:

(Nota: APDC Cleaning Services, Inc. cumple con la ADA y considerará medidas de adaptación razonables que pueden ser necesarias para que los solicitantes/empleados elegibles realicen funciones esenciales. Es posible que un empleado pueda ser probado en habilidad/agilidad y puede estar sujeto a un examen médico realizado por un profesional médico.)

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE HOY

Agradecimiento - Por favor, lea antes de firmar

Certifico que la informacion anterior es verdadera, correcta y completa a mi leaf saber y entender. Autorizo la investigacion de todas las declaraciones que he hecho en esta solicitud de empleo, segun sea necesario para llegar a una decision de empleo.

Entiendo que cualquier declaracion falsa, enganosa o incompleta que he proporcionado a sabiendas en el presente documento puede ser causa de descalificacion o, en caso de empleo, despido y / o accion legal. Entiendo que esta solicitud no pretende ser un contrato de trabajo o una garantia de oportunidades promocionales .

Si tengo empleo, entiendo que dicho empleo es a voluntad y puede ser cancelado por la corporacion en cualquier momento. El solicitante entiende que ni este documento ni ninguna oferta de empleo de este empleador constituye un contrato de trabajo, a menos que un documento especffico sea ejecutado por escrito por el empleador y el empleado conjuntamente. Todas las declaraciones orates o escritas en contrario se rechazan expresamente y no deben ser invocadas. Al igual que un empleado puede renunciar por cualquier motivo, el empleador tambien puede despedir al empleado por cualquier motivo.

Como condicion para el empleo, acepto los principios de que el bienestar de la organizacion depende de la conducta y la honestidad de sus empleados y de la confianza def publico en general. APDC Cleaning Services Inc. espera honestidad, seguridad y confidencialidad de todos los empleados. Si soy empleado, acepto informar a la gerencia de la organizacion, sin demora, de cualquier fraude, entrada falsa, error sustancial, malversación o mala conducta de los empleados, que descubro o se que se produjo en cualquier registro, propiedad o fondos de la organizacion, y reportar cualquier transaccion o asunto que parezca perjudicial para la organizacion.

En el primer día de empleo, estoy de acuerdo en proporcionarle a APDC prueba de identificacion, credenciales academicas apropiadas, documentos de separacion militar, certificaciones profesionales y otros documentos que sean necesarios.

Por la presente autorizo el permiso y la autoridad de APDC y / o de su designado para realizar una investigacion de antecedentes y verificaciones de referencia con respecto a mis actividades pasadas y actuates. Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para cualquier investigacion que el APDC y / o sus designados puedan hacer, inc/uyendo pero no fimitado a, informaci6n sobre mi caracter personal, reputacion general, empleo anterior, educacion, historial de manejo, historial criminal y cualquier otra informacion contenida en publico Registros u obtenibles de empleadores anteriores o referencias, personales o de negocios. Tambien entiendo que se pueden requerir varias autorizaciones como condicion de empleo.

Firma del empleado de la Solicitud

Fecha

Entrevistado por

Fecha

FORMA MÉDICA

Nombre completo: _____ No de SS#: _____ - _____ - _____

Estatura: _____ Peso: _____ Alergico a: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Epilepsia	Si	No	Inflamación de los huesos	Si	No
Diabetes	Si	No	Inflamación del cartílago articular	Si	No
Enfermedad cardíaca	Si	No	Amputación de, Pies, Pierna, Brazo, Mano.	Si	No
Hyperinsulinism	Si	No	Perdida de Vision total o Parcial	Si	No
Tromboflebitis	Si	No	Un disco de la columna removido	Si	No
Soldadura total	Si	No	Cualquier lesión en la espalda o el cuello	Si	No
Hemofilia	Si	No	Fractura del ligamento de la rodilla	Si	No
Poliomielitis	Si	No	Enfermedad de Parkinson	Si	No
Parálisis cerebral	Si	No	Hernia de disco espinal	Si	No
Distrofia Muscular	Si	No	Otro: _____		
Esclerosis múltiple	Si	No	_____		

¿Alguna vez ha recibido una compensación por una lesión relacionada con el trabajo en el trabajo?

Si _____ No _____ Si selecciona Sí, POR FAVOR ESCRIBIR PORQUE? _____

¿Ha recibido algún tipo de evaluación de discapacidad física o ha sido asignado por una compañía de seguros o una agencia estatal/o federal? Si _____ No _____

Si selecciona Sí, escriba por qué y cuándo y dónde y %: _____

¿Has recibido cirugía por una espalda rota? Detalles: _____

¿Has recibido cirugía por una fractura de cuello? Detalles: _____

¿Has recibido cirugía por una rodilla rota? Detalles: _____

¿Has recibido cirugía por alguna otra parte del cuerpo? Detalles: _____

¿Sufres de artritis? Si _____ No _____ ¿En qué parte del cuerpo? _____

La información de este formulario no se utilizará para discriminar a nadie que pueda beneficiarse de un trabajo. Bajo perjurio, declaro que he leído toda la información en este documento y confirmo que todo es cierto

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Firma del empleador: _____

Fecha: _____

Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente

► Visite www.irs.gov/FormW9SP para obtener las instrucciones y la información más reciente.

Entregue el formulario al solicitante. No lo envíe al IRS.

Escriba en letra de molde o a máquina. Vea Instrucciones Específicas en la página 3.	1 Nombre (tal como aparece en su declaración de impuestos sobre el ingreso). Se le requiere anotar un nombre en esta línea; no deje esta línea en blanco.	
	2 Nombre del negocio/Nombre de la entidad no considerada como separada de su dueño, si es diferente al de arriba.	
	3 Marque el encasillado correspondiente para la clasificación tributaria federal de la persona cuyo nombre se indica en la línea 1. Marque solo uno de los siguientes 7 encasillados:	4 Exenciones (los códigos aplican solo a ciertas entidades, no a individuos; vea las instrucciones en la página 4):
	<input type="checkbox"/> Individuo/empresario por cuenta propia o LLC de un solo miembro <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo C <input type="checkbox"/> Sociedad anónima tipo S <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> Fideicomiso/caudal hereditario <input type="checkbox"/> Cía. de responsabilidad limitada (LLC). Anote la clasificación tributaria (C=Soc. anónima tipo C, S=Soc. anónima tipo S, P=Soc. colectiva) ► _____ Nota: Marque el encasillado correspondiente en la línea anterior de la clasificación tributaria de la LLC de un solo miembro. No marque LLC si la LLC está clasificada como una de un solo miembro que no es considerada separada de su dueño, a menos que el dueño sea otra LLC que no es considerada separada de su dueño para propósitos tributarios federales estadounidenses. De lo contrario, vea las instrucciones en la página 3. <input type="checkbox"/> Otro (vea las instrucciones) ► _____	Código de beneficiario exento (si alguno) _____ Código para la exención de la declaración conforme a FATCA (si alguno) _____ <i>(aplica a las cuentas mantenidas fuera de los EE.UU.)</i>
	5 Dirección (número, calle y número de apartamento o de suite). Vea las instrucciones.	Nombre y dirección del solicitante (opcional)
	6 Ciudad, estado y código postal (ZIP)	
	7 Anote el (los) número(s) de cuenta(s) aquí (opcional)	

Parte I Número de identificación del contribuyente (TIN)

Anote su número de identificación del contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) en el encasillado correspondiente. El TIN tiene que concordar con el nombre provisto en la línea 1 para evitar la retención adicional del impuesto. Para los individuos, este es, por lo general, su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Sin embargo, para un extranjero residente, empresario por cuenta propia o entidad no considerada como separada de su dueño, vea las instrucciones para la Parte I, más adelante. Para otras entidades, es su número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés). Si no tiene un número, vea **Cómo obtener un TIN**, más adelante.
Nota: Si la cuenta está a nombre de más de una persona, vea las instrucciones para la línea 1. Vea también **Nombre y número que se le debe dar al solicitante** para recibir asesoramiento sobre cuál número debe anotar.

Número de Seguro Social									
o									
Número de identificación del empleador									

Parte II Certificación

Bajo pena de perjurio, yo declaro que:

1. El número que aparece en este formulario es mi número de identificación de contribuyente correcto (o estoy esperando que me asignen un número) y
2. No estoy sujeto a la retención adicional de impuestos porque: (a) estoy exento de la retención adicional o (b) no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que estoy sujeto a la retención adicional de impuestos como resultado de no declarar todos los intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a la retención adicional y
3. Soy ciudadano de los EE.UU. u otra persona de los EE.UU. (definido después) y
4. El (Los) código(s) de la *Foreign Account Tax Compliance Act* (Ley de Cumplimiento Tributario para Cuentas Extranjeras o FATCA, por sus siglas en inglés) anotado(s) en este formulario (si alguno) indicando que estoy exento de declarar conforme a FATCA es el (son los) correcto(s).

Instrucciones para la certificación. Tiene que tachar la partida 2 anterior si el IRS le ha notificado que usted en estos momentos está sujeto a la retención adicional de impuestos porque no declaró todos los intereses y dividendos en su declaración de impuestos. Para las transacciones de bienes inmuebles, la partida 2 no corresponde. Para los intereses hipotecarios pagados, la adquisición o abandono de bienes asegurados, la cancelación de deudas, las contribuciones a un arreglo de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés) y, por lo general, los pagos que no sean intereses y dividendos, no se le requiere firmar la certificación pero tiene que proveer su TIN correcto. Vea las instrucciones para la Parte II, más adelante.

Firme Aquí

Firma de la persona de los EE.UU. ►

Fecha ►

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia son del Código Federal de Impuestos Internos, a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos futuros. Si desea obtener información sobre los más recientes acontecimientos que afectan al Formulario W-9(SP) y sus instrucciones, tales como legislación promulgada después de que estos se han publicado, visite www.irs.gov/FormW9SP.

Propósito del formulario

Una persona o entidad (nombrada en el Formulario W-9(SP)) a quien se le requiera presentar una declaración informativa ante el IRS tiene que obtener su TIN correcto, el cual puede ser su SSN, número de identificación del contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés), número de identificación del contribuyente para adopción (ATIN, por sus siglas en inglés) o EIN, para declarar en una declaración informativa la cantidad pagada a usted u otra cantidad declarada en una declaración informativa. Ejemplos de declaraciones informativas incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

2020

Paso 1:
Anote su información personal

<p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo</p> <p style="text-align: right;">Apellido</p> <hr/> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p> <hr/> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p>	<p>(b) Su número de Seguro Social</p> <hr/> <p>▶ ¿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, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol.</p>
<p>(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado</p> <p><input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta (o Viudo que reúne los requisitos)</p> <p><input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).</p>	

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, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en línea y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2:
Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo 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 **solo una** de las siguientes opciones:

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) **o**

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada **o**

(c) Marque este recuadro si solo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario ▶

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2020 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos de trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para solo 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(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

<p>Paso 3: Reclamación de dependientes</p>	<p>Si su ingreso va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí 3 \$ _____</p>	
<p>Paso 4 (opcional): Otros ajustes</p>	<p>(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). 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 4(a) \$ _____</p> <p>(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí 4(b) \$ _____</p> <p>(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago 4(c) \$ _____</p>	

<p>Paso 5: Firme aquí</p>	<p>Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.</p>		
	<p>▶ _____ ▶</p> <p>Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).</p>		<p>_____ Fecha</p>

<p>Para uso exclusivo del empleador</p>	<p>Nombre y dirección del empleador</p>	<p>Primera fecha de empleo</p>	<p>Número de identificación del empleador (EIN)</p>
--	---	--------------------------------	---



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 10/31/2022

► **EMPIECE AQUÍ:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración *(Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)*

Apellido (<i>Nombre Familiar</i>)		Primer Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado Código Postal
Fecha de Nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Número de Seguro Social de EE.UU.	Dirección de correo electrónico del empleado			Número de Teléfono del Empleado	

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (<i>Vea las instrucciones</i>)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (<i>Vea las instrucciones</i>) <i>Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero</i> 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____
Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
(Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he asistido en completar la Sección 1 de este formulario, y que a mi mejor entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre Familiar</i>)		Primer Nombre (<i>Nombre de pila</i>)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado Código Postal





Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 10/31/2022

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Información Adicional </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 5px;"></div>
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ (Vea las instrucciones para excepciones)

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)		Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones *(Para ser completado y firmado por el empleador o representante).*

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontratación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Nombre del Empleador o Representante Autorizado
--	---------------------------	---