



PM/Supervisor Printed name: _____

Complete Property Services, Inc.

Pre-Employment Application Check List

- ☐ Authorization for Background Check signed and faxed to Bart at the office 727-793-0727
- ☐ Application fully completed, each page checked and signed where indicated
- ☐ Hire Date, Rate, of Pay and Initials filled out at the top Right hand Corner of Application
- ☐ Copy of Social Security Card
- ☐ Copy of Drivers License or other Identification
- ☐ Copy of Auto Registration
- ☐ Copy of Insurance Dec Page (first page of policy)
- ☐ Called employment references
- ☐ Advised CPS is a Drug Free Workplace, we conduct random tests
- ☐ Inquire if they have had any accidents in the past that would impede their performance for the position they are being offered. If YES, Explain.
- ☐ Convicted of any crimes
- ☐ Inquire if they hold any certifications; i.e. OSHA, First Aid, Scaffolding, etc.

*****This form must be turned in with all applications**

Background check must be complete by CPS office BEFORE anyone is hired.

Signature

Printed Name

THIS PAGE IS FOR SUPERVISOR/OFFICE USE ONLY

Nombre del P. M./Supervisor (en imprenta): _____

Identificación de informe (Oficina): _____

Fecha (Oficina): _____

FORMULARIO DE LIBERACIÓN/DIVULGACIÓN/AUTORIZACIÓN

1. En este documento (nombre del empleador) Complete Property Services, Inc. le divulga a usted que un informe del consumidor puede obtenerse para fines de empleo como parte de la preselección de antecedentes y en cualquier momento durante su empleo o afiliación.

2. Esto autorizará la obtención de un informe del consumidor por una agencia de informes crediticios u otras fuentes como parte de la investigación de antecedentes de pre evaluación. Si acepta, esta autorización permanecerá en archivo y servirá como una autorización permanente para el empleador nombrado o sus asociados u otras fuentes para obtener informes del consumidor en cualquier momento durante mi afiliación o período de empleo.

3. También autorizo la adquisición de un informe de investigación del consumidor y entiendo que puede contener información acerca de mi empleo y formación, antecedentes penales, crédito, modo de vida, reclamos de compensación de trabajadores, carácter y reputación personal. Yo además entiendo que ustedes pueden hacer uso de Internet como redes sociales. Entiendo que tengo derecho a obtener información adicional sobre la naturaleza y alcance de la investigación previa solicitud por escrito en un plazo razonable de tiempo y obtener una copia del informe a petición. Esta autorización, en original o copia, será válida para este y los informes o actualizaciones futuros que pueden ser solicitados.

4. En relación con esta solicitud, autorizo a todas las corporaciones, empresas, empleadores, supervisores, agencias de crédito, instituciones educativas, agencias de justicia penal, tribunales de ciudad, estado, condado y federales, oficinas de vehículo estatales y las personas que liberen información sobre mí a la persona o empresa con la que se haya presentado este formulario si es necesario, o su agente. Además los autorizo a asegurar un informe de investigación del consumidor en cualquier momento y sin límite de veces, antes, durante y después de mi empleo, si a discreción de la empresa (o sus representantes), tiene una necesidad de negocio legalmente admisible y legítima para la información solicitada.

Libero y eximo a todas las partes implicadas de cualquier y toda responsabilidad por daños y perjuicios derivados de solicitar, redactar o proporcionar la información solicitada excepto con respecto a una violación de la ley. Autorizo al empleador y a su agente/agencia de informe crediticio y las entidades asociadas y sus clientes para recibir cualquier informe de crédito o información de antecedentes penales pertenecientes a mí en los registros de cualquier estado o agencia de justicia penal local.

PARA RESIDENTES DE CA, MN, OK SOLAMENTE: Como parte de una investigación de antecedentes de rutina, podemos solicitar un informe crediticio de consumidor de una agencia de informe crediticio o una de sus empresas asociadas. Si lo hacemos y usted desea que se le envíe una copia gratuita de este informe crediticio de consumidor, por favor marque aquí: _____.

Mi firma abajo también indica que he recibido un resumen de derechos de conformidad con la Ley de informe crediticio justo.

Firma del solicitante _____

Nombre en imprenta _____

Fecha _____ Otros nombres usados _____

Número de seguro social _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento _____

No. de licencia de conducir _____ Estado _____

Dirección actual _____ Ciudad/pueblo _____

Código postal _____ Dirección anterior _____

Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

13505 Prestige Pl • Tampa, FL 33635

telephone 727.793.9777 * fax 727.793.0727

website: www.completeproperty.com • e-mail: info@completeproperty.com

CPS realiza un período de evaluación de 90 días. CPS utiliza este período para evaluar las capacidades del empleado, sus hábitos de trabajo y desempeño general. Tanto el empleado como CPS pueden terminar la relación de trabajo a voluntad en cualquier momento durante este período, con o sin causa o aviso anticipado.

DOES EMPLOYEE READ AND UNDERSTAND:

____ English ____ Spanish

Complete Property Services, Inc.
EMPLEADOR QUE BRINDA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

SOLICITUD DE EMPLEO

DATE OF HIRE _____
RATE OF PAY _____
SUPERVISOR PRINT NAME _____

Recibimos solicitudes y contratamos empleados sin tomar en cuenta raza, color, sexo, religión, edad, origen nacional, estado civil, discapacidad, condición de veterano y de ciudadanía, ni otras categorías protegidas. La recepción de esta solicitud no significa que haya vacantes de empleo ni nos obliga de manera alguna. Apreciamos su interés en nuestra empresa.

LETRA DE IMPRENTA CLARA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre _____ Número del seguro social _____
Primero Inicial del segundo Apellido

Dirección actual _____
No. Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto hace que vive en la dirección anterior? _____ Teléfono celular o particular _____

Dirección previa _____
No. Calle Ciudad Código postal

¿Cuánto tiempo vivió allí? _____

¿Tiene más de 18 años? ☐ Sí ☐ No Si responde no, el empleo queda sujeto a verificación de que tenga la edad mínima legal.

¿Actualmente es elegible para trabajar en Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

¿Puede proporcionar documentación que pruebe que es legalmente elegible para trabajar en Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

NOTIFICACIÓN ANTE EMERGENCIAS:

DEBE COMPLETARSE

Nombre _____

Número de teléfono _____

Relación _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO

Posición para la que aplica _____ Fecha en que está disponible para trabajar _____

¿Qué días y horarios está disponible para trabajar? Días _____ Horarios _____

¿Alguna vez tuvo que sacar un seguro por un empleo? ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez se le negó un seguro? ☐ Sí ☐ No De ser así, indique el motivo y la fecha _____

¿Qué salario o tarifa de pago espera? _____

¿Alguna vez solicitó trabajo aquí anteriormente? ☐ Sí ☐ No ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez fue condenado por un delito, declaró nolo contendere o se le suspendió una sentencia? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, explique _____

¿Sirvió en el ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Fecha en que recibió la baja _____

¿Usa drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No

¿Su empleador actual sabe de sus planes de cambiar de empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué desea cambiar? _____

¿Alguna vez se desempeñó en un puesto de confianza (maneja dinero o material confidencial)? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene Licencia de Conducir válida? ☐ Sí ☐ No #LC _____ Estado _____

Si responde NO, ¿cómo llegará al trabajo? _____

¿Cuenta con transporte regular para llegar al trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez lo despidieron o le pidieron la renuncia? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene otras experiencias, capacidades o calificaciones que se relacionen específicamente con este trabajo?

¿Tiene amigos o familiares que trabajen aquí actualmente? ☐ Sí ☐ No Nombre _____

¿Puede realizar las tareas de construcción del empleo para el que aplica sin ayuda? ☐ Sí ☐ No

Ejemplos: ¿Mover escaleras extensibles solo? ¿Levantar 50 libras?

Si responde NO, por favor, explique:

INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN

EDUCACIÓN	AÑOS TERMINADOS	TÍTULO REC. Y ASIGNATURA PRINCIPAL	NOMBRE DE LA ESCUELA	UBICACIÓN	¿SE GRADUÓ?
INSTITUTO O SECUNDARIO					
ESCUELA DE NEGOCIOS O POR CORRESPONDENCIA					
ESCUELA SUPERIOR					

Describe cualquier otra capacitación especializada o profesional (como escuela de negocios, técnica o de enfermería). Incluya los programas educativos realizados a través de empleo público o privado. Indique si recibió título o certificado. _____

ANTECEDENTES DE TRABAJO (Comience con el empleador actual o más reciente)

1) Nombre y dirección del empleador más reciente _____	
No. de teléfono _____	Supervisor inmediato (nombre y puesto) _____
Fecha de contratación _____	Tasa de sueldo _____
Título y deberes de su trabajo _____	
Fecha de retiro _____	Última tasa _____
Motivo de separación: _____	

2) Nombre y dirección del empleador más reciente _____	
No. de teléfono _____	Supervisor inmediato (nombre y puesto) _____
Fecha de contratación _____	Tasa de sueldo _____
Título y deberes de su trabajo _____	
Fecha de retiro _____	Última tasa _____
Motivo de separación: _____	

3) Nombre y dirección del empleador más reciente _____	
No. de teléfono _____	Supervisor inmediato (nombre y puesto) _____
Fecha de contratación _____	Tasa de sueldo _____
Título y deberes de su trabajo _____	
Fecha de retiro _____	Última tasa _____
Motivo de separación: _____	

4) Nombre y dirección del empleador más reciente _____	
No. de teléfono _____	Supervisor inmediato (nombre y puesto) _____
Fecha de contratación _____	Tasa de sueldo _____
Título y deberes de su trabajo _____	
Fecha de retiro _____	Última tasa _____
Motivo de separación: _____	

¿Podemos comunicarnos con los patrones mencionados? _____ Si no, indique cuál(es) no desea que contactemos _____

REFERENCIAS (No liste a parientes o jefes anteriores)			
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____	Ocupación _____
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____	Ocupación _____
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____	Ocupación _____
Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____	Ocupación _____

La información escrita en mi solicitud de empleo es verdadera y completa. Entiendo que si soy contratado, una declaración falsa u omisión de información en esta solicitud, curriculum u otras informaciones de solicitante puede ser considerada suficiente motivo de despido. Entiendo que los reportes de consumidores pueden contener registros públicos pueden solicitarse de la Agencia de Informes. Estos informes pueden incluir información en cuanto a mi carácter, hábitos de trabajo, desempeño y experiencia junto con razones sobre la terminación de empleo anterior por empleadores anteriores. Además, tengo entendido que usted puede estar solicitando información de varias agencias federales, estatales y otras que mantengan registros sobre mis actividades pasadas relativas a mi forma de conducir, crédito, información penal y otras experiencias. Entiendo que tengo el derecho de solicitar por escrito dentro de un período razonable de tiempo para recibir más información detallada sobre la naturaleza y el alcance de este informe de investigación del consumidor.

Yo autorizo el uso de cualquier información en esta solicitud para verificar mis declaraciones y autorizo a los empleadores anteriores, todas las referencias y cualquier otra persona para responder a todas las preguntas con respecto a mi capacidad, carácter, reputación y antecedentes de empleo. Yo libero a todas las personas de cualquier responsabilidad o daños y perjuicios por haber proporcionado dicha información. Entiendo que el empleo en esta organización es en "a voluntad" y no incluye ninguna garantía, contrato o promesa de empleo por cualquier período específico de tiempo.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

CPS Pre-employment Experience Self-Evaluation					
CPS Evaluacion personal de experiencia en este tipo de empleo					
		Check Category 1 - 5			Categorize su abilidad
		1 = Apprentice			1-Novato
Experience:	Years of Experience	5 = Journeyman	Experiencia en:	Años de experiencia	5-Mechanico
Part A:			Parte A:		
Caulking			Caulking		
Silicone Sealants			Glasear con silicona		
Structural Sealants			Silicones y selladores estructural		
Urethane Sealants			Selladores de Urethane		
Pressure Washing			Lavar a pression		
Structural Concrete Repairs			Reparaciones estructural de concreto		
Carpentry Form/Bldg.			Carpintería / Montando formas		
Rod Buster			Montando barrillas de acero		
Patching (Overhead/Vertical)			Parchos de restoracion / en concreto		
Stucco Repairs			Reparaciones de estuco		
Lather			Installation de Lath para estuco		
Epoxy Injection			Inyecciones de epoxy		
Chemical Grout			Usando lechada quimica / chemical grout		
Urethane Deck Systems			Applicar Urethane coating en pisos		
Acrylic Knockdown Systems			Sistemas decorativos de Deck Coating		
Hot Applied Systems			Sistema caliente de deck waterproofing		
Cold Applied Systems			Sistema frio de deck waterproofing		
Sand Blasting			Sand blasting / con arena		
Tuck Pointing			Pointing de ladrillos		
Carbon Fiber			Installando de fibra de carbon		
Expansion Joints Wabo/Emseal			Sellando uniones de expansion / Emseal etc.		
Part B:			Parte B:		
Airless Sprayer/ing			Pintura de aerosol		
Airless Packing Replacement			Areglar equipo de pintura de aerosol		
Spray Cup Gun			Pintura con pistola de copa		
Spray Gun Maintenance			Mantenimiento de pistola de copa		
Electrostatic Sprayer			Pintura electo-estatica		
Masking			Instalacion Cinta adhesiva / tape		
Patching			Parchos		
Acrylic Coatings			Pinturas Acrilicas		
Elastomeric Coatings			Pinturas de waterproofing / acrilicas		
Industrial Coatings			Pinturas industriales		
Interior Painting			Pinturas interiores		
Sheet Rock Repairs			Reparaciones de paredes seca / drywall		
Window Sill Repairs			Areglo de base de ventana		
Part C:			Parte C:		
Swing Stage			Andamio de cables		
Swing Stage Set up Beams			Montar andamios con vigas		
Swing Stage Set up Hooks			Montar andamios con ganchos		
Mast Climber			Andamio de torres / mast climber		
Fixio Climber			Andamio de torres / fixio climber		
Tallest Bldg Worked On () # of floors			Edificio mas alto que has trabajado # de pisos ()		
Scaffolding Mason			Andamio de tubos / de albañil		
Scaffolding Baker			Andamio de tubos / de baker		
Booms / Hi Reach			Boom-lift telescopico		
Scissors Lift			Boom-lift de tijeras		
Ladder Jacks			Ladder Jacks / de escaleras		
Forklift / Lull			Caretilla elevadora / telescopica / fork lift		
Tallest Equipment used () feet			Equipo usado mas alto En Pies ()		
Bobcat			Bobcat		
Heavy Equipment			Equipo pesado		

Certificaciones	
-----------------	--

Favor de marcar las certificaciones que tenga y la fecha cuando se expiran:

[illegible]

Complete Property Services, Inc.
CORPORATE SAFETY POLICIES

Equipo protector personal

1. Cascos de Seguridad se usarán: en todos los trabajos por todos los empleados de CPS (ningunas excepciones)
2. Pantalones cortos, no se usarán en cualquier proyecto.
3. Todas las camisas deben tener mangas.
4. Botas de trabajo se usarán en todos los trabajos. (ningunas zapatos tenis)
5. Gafas de seguridad se usarán durante cualquier operación que implique un peligro a su vista.
6. Protectores De cara se usarán junto con sus gafas de seguridad durante la operación de moler. (grinding)
7. Máscaras De polvo se usarán durante cualquier operación que implica el polvo, humos o partículas.
8. Guantes de cuero que se usarán al trabajar alrededor de metal de, o levantando artículos agudos de la cualquier clase.
9. Correas de seguridad se usarán al levantar el equipo y el material.
10. El uso De alcohol o drogas no sera permitido en el trabajo.
11. Reporte todos los accidentes a su supervisor inmediatamente.
12. Tratamiento de emergencia debe ser autorizado por la oficina primero.
13. Sinturones de seguridad son manditorios mientras viajando en un vehiculo de la compania.
14. Tu eres responsable por mantener tu area de trabajo limpia.
15. No le saque o altere guardias de seguridad a ningun equipo o heramienta.
16. Notifica a tu superior, si necesitas otro tipo de equipo o instrucción en como usarlo.
17. Levante con sus piernas no con su espada, I busque ajuda cuando levantando mas de 50 Libras.
18. Avisale a tu supervisor de cualquier situación peligrosa.
19. Obeye todas reglas de seguridad, escritas o habladas.

Medidas de seguridad personales

1. Las armas de fuego y las armas coltapulsantes quedan absolutamente prohibidas en los citios de trabajo
2. Ningunos radios o dispositivos personales de música se utilizarán en cualquier proyecto.
3. Ningunos teléfonos se utilizarán en trabajos a excepción de negocio y de emergencias
4. Ninguna joyería expuesta
5. No fumar en el trabajo. (a excepción de áreas señaladas)
6. Ningunas ropas holgadas. (Muy Grande)

Penas para la violación de las reglas de la seguridad de la compañía:

PRIMERA OFENSA: Advertencia verbal/ **Documentación escrita**

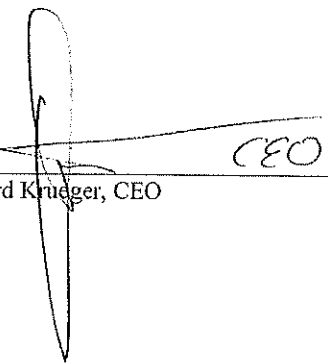
SEGUNDA OFENSA: Advertencia escrita/ **Una suspensión de una semana**

TERCERA ADVERTENCIA: El empleado es **Despedido**

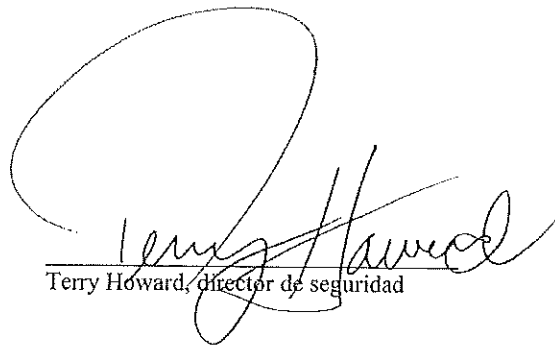
Complete Property Services, Inc.
CORPORATE SAFETY POLICIES

VIOLACIONES FLAGRANTES: (Despido automático)

1. Falta de usar correctamente un arnés de seguridad, enganchado a un objeto correctamente, la cuerda de salvamento independiente mientras que trabaja de un andamio o otra función superficie que requiere una correa de seguridad.
2. Reportándose al trabajo bajo influencia de bebidas alcohólicas o de drogas o consumir cualquiera durante el día del trabajo.
3. Retiro desautorizado, derrotando o destruyendo de un protector requerido de seguridad o A cualquier herramienta.



Richard Krueger, CEO



Terry Howard, director de seguridad

Firma del empleado

Fecha

PRINT NAME

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: <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">{<ul style="list-style-type: none">• Es soltero y tiene sólo un empleo; o• Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o• Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos.}</div>	B	_____
C	Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	C	_____
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D	_____
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E	_____
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito (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).	F	_____
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces menos "1" si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos	G	_____
H	Sume las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	H	_____
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="flex: 1; padding-right: 10px;">Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</div><div style="flex: 2; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"><ul style="list-style-type: none">• Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2.• Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.• Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H.</div></div>			

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 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".			
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. <input type="checkbox"/>			
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		5			
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago		6		\$	
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que 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 períodos de pago que faltan en 2017. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2017. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago 9 \$ _____

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

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuestos federales sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede 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.

POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO

Si la licencia solicitada es por una razón por cual FMLA fue previamente tomada o certificada. También puede requerirse que los empleados proporcionen una certificación y recertificación periódica apoyando la necesidad de licencia.

Responsabilidades del empleador

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que solicitan licencia si son elegibles bajo FMLA. Si lo son, la notificación deberá especificar cualquier información adicional necesaria así como los derechos y responsabilidades de los empleados. Si no son elegibles, el empleador debe proporcionar una razón por la inelegibilidad.

Los empleadores deben informarles a los empleados si la licencia se designará como protegida por FMLA y la cantidad de licencia contada contra el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que la licencia no es protegida por FMLA, el empleador debe notificar al empleado.

Actos ilícitos por los empleadores

FMLA hace que sea ilegal que un empleador:

- Interfiera con, restrinja o niegue cualquier derecho previsto bajo FMLA;
- Despida o discrimine a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica de hechos ilícito por FMLA o por su participación en cualquier procedimiento bajo o relacionado con FMLA.

Aplicación

Un empleado puede presentar una reclamación ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o puede iniciar una demanda civil particular contra el empleador.

FMLA no afecta ninguna otra ley federal o estatal que prohíba la discriminación, o invalida ninguna ley estatal o local o ninguna negociación colectiva que provea derechos familiares o médicos superiores.

La Sección 109 de FMLA (29 U.S.C. § 2619) exige que todo empleador bajo el alcance de FMLA exhiba el texto de este aviso. Los Reglamentos 29 C.F.R. § 825.300(a) pueden exigir divulgaciones adicionales. Para obtener más información: 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243) TN: 11-877-889-5627 WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos /Administración de Normas de Empleo División de Horas y Salarios.

He leído este aviso y me comprometo a leer el manual del empleado.

Firma del empleado _____

Testigo del empleado _____

AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

CPS
140 Pine Avenue South
Oldsmar, Florida 34677

OFICINA: _____
Fecha: _____
Identificación del empleado: _____

Nombre del empleado:

Para su conveniencia CPS depositará su cheque directamente en la cuenta de su elección. Por favor lea la información a continuación y complete el formulario. **Este es el ÚNICO medio de pago de nómina que ofrecemos.**

Al firmar este acuerdo, usted autoriza a Complete Property Services, Inc. para iniciar créditos y hacer ajustes, si es necesario, a cualquier transacción hecha por error. Cualquier cambio debe hacerse por escrito en el formulario de autorización de depósito directo.

☐ Nuevo depósito de nómina ☐ Cambiar información de depósito ☐ Revocar autorización

		Cantidad o Neto
Depósito directo #1	Nombre de la institución financiera _____ Número de ruta/tránsito: _____ Número de cuenta: _____ Cheques/ahorros: _____	<div> <div>Pago neto/ %</div> <div>\$</div> </div>
Depósito directo #2	Nombre de la institución financiera _____ Número de ruta/tránsito: _____ Número de cuenta: _____ Cheques/ahorros: _____	<div> <div>Pago neto/ %</div> <div>\$</div> </div>
Depósito directo #3	Nombre de la institución financiera _____ Número de ruta/tránsito: _____ Número de cuenta: _____ Cheques/ahorros: _____	<div> <div>Pago neto/ %</div> <div>\$</div> </div>

Es responsabilidad del empleado verificar el número de ruta/tránsito y el número de cuenta. El depósito directo requiere una pre-nota de 10 días. Se activará el proceso de pre-nota con su primer pago de nómina.

Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo dé aviso por escrito o la revoque tras la terminación de mi empleo con Complete Property Services, Inc.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Usted **DEBE** adjuntar un **CHEQUE ANULADO**, una copia de un **CHEQUE ANULADO**, o una hoja de especificaciones de la institución financiera para cuentas de ahorro. **NO SE ACEPTAN TALONES E DEPÓSITO.**

Los miembros de la Unión de Crédito deben llamar a sus instituciones financieras y solicitar una hoja de especificaciones para su depósito directo.

Por favor envíe este documento a la oficina de Complete Property Services, Inc. inmediatamente después firmarlo para asegurar una tramitación oportuna.

COPIA DEL EMPLEADO

Aviso General de FMLA

(Por favor lea el manual del empleado para obtener más información)

Derechos básicos de licencia

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) exige que todo empleador bajo el alcance de la Ley provea a sus empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia del trabajo, no remuneradas y con protección del puesto, por las siguientes razones:

- por incapacidad causada por embarazo, atención médica prenatal o parto;
- para atender a un hijo del empleado después de su nacimiento, o su colocación para adopción o crianza;
- para atender a un cónyuge, hijo, hija, o padres del empleado, que padezca de una condición de salud seria; o
- a causa de una condición de salud seria que le impida al empleado desempeñar su puesto.

Derechos de licencia para familias militares

Los empleados elegibles con un cónyuge, hijo, hija, o padre que estén en servicio activo o se le haya avisado de una llamada a estado de servicio activo bajo cobertura pueden usar su derecho de licencia de 12 semanas para atender ciertas exigencias calificadoras. Las exigencias calificadoras pueden incluir la asistencia a ciertos eventos militares, la fijación del cuidado alternativo de hijos, atender ciertos arreglos financieros y legales, asistir a ciertas consultas con consejeros y asistir a sesiones de reintegración después del despliegue.

FMLA también incluye un derecho especial de licencia que les concede a los empleados elegibles ausentarse del trabajo por hasta 26 semanas para atender a un miembro del servicio militar bajo el alcance de la Ley durante un período único de 12 meses. Un miembro del servicio bajo el alcance de la Ley es: (1) un miembro actual de las Fuerzas Armadas, incluyendo un miembro de la Guardia Nacional o Reservas, que esté atravesando tratamiento médico, recuperación o terapia, es de cualquier otra forma paciente externo, o está de cualquier otra forma en la lista de retiro temporal por discapacidad, debido a una lesión o enfermedad grave; o (2) un veterano que fue licenciado o relevado bajo condiciones no deshonrosas en cualquier momento durante el período de cinco años antes de la primera fecha en la que el empleado elegible toma la licencia bajo la FMLA para cuidar de un veterano bajo el alcance de la Ley, y que esté atravesando tratamiento médico, recuperación o terapia por una lesión o enfermedad grave.

Beneficios y protecciones

Durante una licencia bajo FMLA, el empleador debe mantener en vigor el seguro de salud del empleado bajo cualquier "plan de seguro colectivo de salud" con los mismos términos como si el empleado hubiese seguido trabajando. Al regresar de una licencia de FMLA, la mayor parte de los empleados debe restaurarse a su puesto original o puesto equivalente con sueldo, beneficios y otros términos de empleo equivalentes.

El tomar una licencia bajo FMLA no puede resultar en la pérdida de ningún beneficio de empleo acumulado antes de que el empleado comenzara una licencia.

Requisitos para elegibilidad

Los empleados son elegibles si han trabajado para el empleador bajo el alcance de la Ley durante por lo menos 12 meses, por 1,250 horas durante los previos 12 meses y si el empleador emplea por lo menos a 50 empleados dentro de un área de 75 millas.

Definición de una condición de salud seria

Una condición de salud seria es una enfermedad, lesión, impedimento, o condición física o mental que involucra una permanencia en un establecimiento de atención médica, o el tratamiento continuo bajo un servidor de atención médica por una condición que le impide al empleado desempeñar las funciones de su puesto, o impide al miembro de la familia que califica participar en actividades escolares o en otras actividades diarias.

Dependiendo de ciertas condiciones, se puede cumplir con el requisito de tratamiento continuo con un período de incapacidad de más de 3 días civiles consecutivos en combinación con por lo menos dos visitas a un servidor de atención médica o una visita y un régimen de tratamiento continuo, o incapacidad a causa de un embarazo, o incapacidad a causa de una condición crónica. Otras condiciones pueden satisfacer la definición de un tratamiento continuo.

Uso de la licencia

El empleado no necesita usar este derecho de licencia todo de una vez. La licencia se puede tomar intermitentemente o según un horario de licencia reducido cuando sea médicamente necesario. El empleado debe esforzarse razonablemente cuando hace citas para tratamientos médicos planificados para no interrumpir indebidamente las operaciones del empleador. Licencias causadas por exigencias calificadoras también pueden tomarse intermitentemente.

Substitución de licencia remunerada por licencia no remunerada

El empleado puede escoger o el empleador puede exigir el uso de licencias remuneradas acumuladas mientras se toma licencia bajo FMLA. Para poder usar licencias remuneradas cuando toma la licencia bajo FMLA, el empleado debe cumplir con la política normal del empleador que fija las licencias remuneradas.

Responsabilidades del empleado

El empleado debe proveer un aviso con 30 días de anticipación cuando necesite licencia bajo FMLA cuando la necesidad es previsible. Cuando no sea posible proveer un aviso con 30 días de anticipación, el empleado debe proveer aviso en cuanto sea factible y, en general, debe cumplir con los procedimientos normales del empleador de llamar.

Los empleados deben proporcionar suficiente información para que el empleador determine si la licencia califica para la protección de FMLA, con la fecha y la duración anticipadas de la licencia. Suficiente información puede incluir que el empleado no puede desempeñar las funciones del puesto, que el miembro de la familia no puede desempeñar las actividades diarias, la necesidad de ser hospitalizado o de seguir un régimen continuo bajo un servidor de atención médica, o circunstancias que exijan una necesidad de licencia familiar militar. Además, los empleados deben informar al empleador si la licencia solicitada es por una razón por la cual se había previamente tomado o certificado la licencia bajo FMLA. También se le puede exigir al empleado que provea certificación y re-certificación periódicamente constatando la necesidad para la licencia.

Responsabilidades del empleador

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que solicitan licencia si son elegibles bajo FMLA. Si lo son, la notificación deberá especificar cualquier información adicional necesaria así como los derechos y responsabilidades de los empleados. Si no son elegibles, el empleador debe proporcionar una razón por la inelegibilidad.

Los empleadores deben informarles a los empleados si la licencia se designará como protegida por FMLA y la cantidad de licencia contada contra el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que la licencia no es protegida por FMLA, el empleador debe notificar al empleado.

Actos ilícitos por los empleadores

FMLA hace que sea ilegal que un empleador:

- Interfiera con, restrinja o niegue cualquier derecho previsto bajo FMLA;
- Despida o discrimine a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica de hechos ilícito por FMLA o por su participación en cualquier procedimiento bajo o relacionado con FMLA.

Aplicación

Un empleado puede presentar una reclamación ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o puede iniciar una demanda civil particular contra el empleador.

FMLA no afecta ninguna otra ley federal o estatal que prohíba la discriminación, o invalida ninguna ley estatal o local o ninguna negociación colectiva que provea derechos familiares o médicos superiores.

La Sección 109 de FMLA (29 U.S.C. § 2619) exige que todo empleador bajo el alcance de FMLA exhiba el texto de este aviso. Los Reglamentos 29 C.F.R. § 825.300(a) pueden exigir divulgaciones adicionales. Para obtener más información: 1-866 -4USWAGE (1-866-487-9243) TN: 11-877-889-5627 WWW.WAGEHOUR.DOL.GOV

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos /Administración de Normas de Empleo División de Horas y Salarios.