



PARA SER LLENADO POR EL PROPIETARIO DEL NEGOCIO

Compañía-Cliente _____

Cliente # _____

Nombre del empleado: _____

Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento

Este es un documento legal importante. Si usted necesita una versión en español, por favor solicítela a su empleador o llame a ELS al número 1-800-293-3600.

Este Informe Laboral **NO** es una solicitud de trabajo y **NO** debe ser utilizado como tal.

Una vez haya llenado los siguientes formularios, por favor envíelos a *Employee Leasing Solutions* dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de contratación; no hacerlo puede implicar retraso en el pago oportuno de salarios:

- Formulario de vinculación de empleados mediante arrendamiento [*Employee Leasing Enrollment Form*] (el empleado debe conservar la sección titulada "Sección para los empleados" -*Employee Section*)
- W-4
- Autorización de depósito directo (si es el caso)

Reconocimiento del arrendamiento de empleados

He sido informado que mi empleador actual (Compañía-Cliente) ha celebrado un contrato de arrendamiento de empleados con *Employee Leasing Solutions* (ELS). Mediante dicho contrato, ELS presta servicios profesionales de empleador a la Compañía-Cliente y a sus empleados de planta, incluyendo el desarrollo de ciertas funciones administrativas típicas de un empleador. También he sabido que bajo este contrato, la Compañía-Cliente y ELS se convierten en co-empleadores. Bajo esta relación de co-empleadores, yo sigo siendo un empleado de mi Compañía-Cliente. Mi Compañía-Cliente conservará las facultades de dirección y control sobre los co-empleados en la medida necesaria para conducir su negocio, funciones sin las cuales la Compañía-Cliente no podría cumplir sus responsabilidades fiduciarias ni los requisitos de licencias profesionales, de regulación o estatutarios aplicables al cliente. El control de las tareas diarias de los co-empleados y del sitio de trabajo en el cual, o desde el cual, los co-empleados prestan sus servicios es asignada única y exclusivamente a la Compañía-Cliente. Para efectos de la compensación de trabajadores (*WC* por su sigla en inglés), entiendo y acuerdo que será un empleado tanto de ELS como de la Compañía-Cliente. La responsabilidad de la supervisión *in situ* (en el terreno), la cual incluye la determinación de mis tareas y requisitos de capacitación, evaluación de mi desempeño, establecimiento de políticas y procedimientos referentes al lugar de trabajo y la toma de decisiones operacionales, financieras y comerciales relacionadas con los productos y servicios suministrados es de mi Compañía-Cliente. ELS no tendrá un supervisor *in situ* ni un representante en mi lugar de trabajo.

También entiendo que ELS es un empleador que contrata a voluntad, y como tal, el empleo con ELS no es por un término fijo o período definido y puede terminar en cualquier momento a voluntad de ELS o a mi voluntad, por o sin justa causa y sin previo aviso. Ningún supervisor ni ningún otro tipo de representante de ELS tiene autoridad para celebrar un contrato de empleo por un término específico ni para celebrar acuerdos contrarios a la naturaleza de mi empleo, la cual es a voluntad. El contrato de arrendamiento de empleados celebrado por la Compañía-Cliente y ELS no afecta ningún contrato de empleo o compensación que exista con mi Compañía-Cliente.

Si el contrato celebrado entre mi Compañía-Cliente y ELS terminara, la condición de trabajador de planta que tengo con ELS también terminará en la fecha de terminación del contrato. A dicha terminación del contrato, mi Compañía-Cliente determinará cuál es mi condición laboral. Si mi Compañía-Cliente no paga a ELS alguna de mis semanas trabajadas, ELS de todas maneras me pagará un salario mínimo o el salario mínimo legal u horas extras por esa semana y yo acepto este método de compensación y entiendo y acuerdo que ELS no asume la responsabilidad del pago de bonos, comisiones, cesantías, compensaciones diferidas, ganancias compartidas, vacaciones, licencias médicas u otros tipos de tiempo libre remunerado, ni la responsabilidad de ningún otro pago si el pago de estos conceptos no ha sido efectuado a ELS por la Compañía-Cliente. Todas las obligaciones tributarias, prestaciones y demás que puedan surgir antes o después de la terminación del contrato de arrendamiento de empleados celebrado por ELS y mi Compañía-Cliente son responsabilidad única y exclusiva de la Compañía-Cliente. Reconozco que mi Compañía-Cliente sigue estando obligada por ley a pagarme mi tasa de salario regular, incluso si no efectúa sus pagos a ELS. Si el contrato con mi Compañía-Cliente termina, mi empleo con ELS terminará en la fecha de terminación del contrato y las responsabilidades de ELS como empleador también terminarán en ese momento.

Reconociendo que todo accidente profesional que yo pueda sufrir está cubierto por los estatutos estatales de compensación de trabajadores, y con el fin de evitar eludir dichos estatutos como resultado de demandas instituidas contra los clientes de ELS o contra ELS con base en las mismas lesiones, y en la medida en que la ley así lo permita, **por el presente renuncio y cedo para siempre cualquier derecho que pueda tener a presentar reclamos o instituir demandas contra cualquier cliente de ELS, incluyendo a la Compañía-Cliente, o contra ELS con base en daños cubiertos por los estatutos sobre compensación de trabajadores.** También acepto cumplir toda política de pruebas antidrogas que la Compañía-Cliente o ELS puedan adoptar y acepto específicamente hacerme pruebas antidrogas después de cualquier accidente, en las situaciones en que la ley así lo permita.

También acepto que si en algún momento durante mi empleo se me somete a algún tipo de discriminación, incluyendo discriminación por raza, sexo, edad, religión, color, represalia, lugar de nacimiento, invalidez, discapacidad o estado civil, o si se me somete a algún tipo de acoso, incluyendo acoso sexual, me comunicaré inmediatamente con la persona indicada de la Compañía-Cliente. En la mayoría de los casos, la persona indicada es el presidente de la Compañía-Cliente. Entiendo y acuerdo que la Compañía-Cliente, y no ELS, es la responsable de investigar el reclamo y de emprender la acción apropiada. También reconozco y acuerdo que ELS no tiene el control real de mi lugar de trabajo, y por lo tanto no está en capacidad de poner fin o de remediar un acto de discriminación, acoso o represalia que pueda estar ocurriendo. La responsabilidad de poner fin a dicha conducta inapropiada es de la Compañía-Cliente.

Como una condición para mi trabajo con ELS como un empleado arrendado a voluntad, acepto renunciar mi derecho a un juicio con jurado en cualquier acción o proceso relacionado con o que surja de mi empleo con ELS y en relación con la Compañía-Cliente a la cual he sido asignado. Esto incluye toda disputa, bien sea por responsabilidad civil extracontractual, contractual, estatutaria (incluyendo, mas sin que se limite a reclamos por discriminación por raza, sexo, incapacidad, discapacidad, color, edad, represalia, origen nacional, religión, estado civil u otras bases), ley de equidad u otros. Antes de presentar una queja ante cualquier tribunal, acuerdo presentarla por escrito y en detalle a la Compañía-Cliente de ELS a la cual estoy prestando servicios y cooperar plenamente con el proceso interno de revisión de la Compañía-Cliente. Como empleado arrendado, entiendo que si me involucro en un accidente de trabajo, informaré rápidamente sobre cualquier lesión a mi supervisor o al gerente.

Reconozco que fui notificado dentro de los 7 primeros días de trabajo en Employment Leasing Solutions que me encuentro en el período de prueba establecido de 90 días.

Para ser diligenciado por el empleado

Discriminación, acoso y FMLA

Declaro que he recibido las Políticas sobre discriminación, acoso y FMLA (Ley de Licencia Familiar y Médica - *Family and Medical Leave Act*) de *Employee Leasing Solutions* que este paquete contiene. Acepto que si en algún momento durante mi empleo se me somete a algún tipo de discriminación o acoso, incluyendo discriminación o acoso por raza, sexo, edad, religión, color, represalias, lugar de nacimiento, invalidez, discapacidad estado civil o cualquier otro tipo de categoría protegida, me comunicaré inmediatamente con mi supervisor inmediato o con el presidente /propietario de mi Compañía-Cliente.

Prueba antidrogas

También acepto cumplir con la política de pruebas antidrogas de *Employee Leasing Solutions* aplicable en mi lugar de trabajo y acepto específicamente hacerme pruebas antidrogas después de algún accidente cuando me sea solicitado, en las situaciones en que la ley así lo permita. En este paquete también se encuentra una copia de esta política.

Compensación del trabajador

Nadie está obligado a suministrar información médica hasta tanto no se haya efectuado y aceptado una propuesta laboral, incluso si dicha oferta es contingente con una investigación de esta o de cualquier otra parte del proceso de vinculación. Autorizo a cualquier médico, interno, hospital, clínica u otra entidad prestadora de servicios de salud, o empleador para que suministre toda y cualquiera información médica y no médica mía que se encuentre en su poder al corredor del derecho a compensación del trabajador de *Employee Leasing Solutions* o a sus representantes legales para efectos de reclamos de Compensación del Trabajador. (Información médica significa toda información que se encuentre en las manos de proveedores de servicios de salud o se derive ella, y se relacione con mi historia clínica, condición física o mental o con algún tratamiento). **También declaro que cumpliré con las disposiciones del Estatuto 440 de Florida, el cual se refiere a reclamos de compensación del trabajador. Si suministro información falsa o engañosa para obtener algún beneficio de la compensación del trabajador, dichos beneficios me serán negados.** Sé que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Acepto que una copia de esta autorización será tan válida como la original.

Nombre del empleado _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip : _____

Número telefónico _____

No. Seguridad Social _____

Fecha de nacimiento _____

Firma del empleado **X** _____

Identificación del EEO voluntario

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro. Creemos que todo el mundo tiene derecho a tener las mismas oportunidades de empleo y que no debe haber discriminación contra empleados o candidatos a causa de su raza, color, sexo, religión, país de origen, incapacidad, estado de veteranía, edad, estado civil u otras condiciones de grupo protegidas.

Blanco (no de origen hispanico ni latino) – originario de Europa, América del Norte o del Medio Oriente

Negro o afro-americano (no de origen hispanico ni latino) – orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de

Hispano o latino – mexicano, puertorriqueño, cubano, centro o suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España,

Asiático (no de origen hispanico ni latino) – originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o subcontinente indio

Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico

Indígena americano / Nativo de Alaska - originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que

Dos o más razas (no de origen hispano ni latino)
– Todas las personas que se identifiquen con más de una de las

Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Para ser diligenciado por el cliente

Con respecto a nuevas contrataciones: por favor tenga presente que para que un empleado pueda ser procesado en el sistema de nómina de *Employee Leasing Solutions*, tenemos que recibir esta información **EN LA FECHA DE CONTRATACIÓN O ANTES**. Usted puede informar esta nueva contratación a *Employee Leasing Solutions* por teléfono y recibir un número de identificación de confirmación. *Employee Leasing Solutions* no podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado. Uno de los representantes será informado y responderá al siguiente día laboral.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADO A EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Nombre de la Compañía-Cliente _____

Departamento (si es el caso) _____ Código de trabajo (si es el caso) _____

Tasa de pago \$ _____ Por hora Salario Exento No Exento

Tiempo completo Medio Tiempo Código Compensación Trabajadores _____

De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.1 Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior | <input type="checkbox"/> 2 - Profesionales | <input type="checkbox"/> 6 - Artesanos (capacitados) |
| | <input type="checkbox"/> 3 - Técnicos | <input type="checkbox"/> 7 - Operarios (capacitación media) |
| <input type="checkbox"/> 1.2 . Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio | <input type="checkbox"/> 4 - Vendedores | <input type="checkbox"/> 8 - Obreros (no capacitados) |
| | <input type="checkbox"/> 5 - Oficina y administrativo | <input type="checkbox"/> 9 - Trabajadores de servicios |

Descripción del trabajo _____

Fecha de contratación original _____

Número de identificación de confirmación (si corresponde) _____

Autorización del Empleado para Consignación Directa



Compañía Cliente: _____

Nombre del Empleado: _____

Número Seguridad Social: _____

Fecha de Hoy: _____ Fecha Efectiva: _____

**** Por favor suministre un cheque anulado por cada cuenta corriente mencionada ****

NOTA: No se aceptan ni procesan recibos de consignación

Solicito que mi deducción de nómina/consignación directa sea efectuada en la(s) siguiente(s) cuenta(s):

Institución	ABA del Banco	Número de Cuenta	Deducción \$ Monto ó %	Tipo de Cuenta
_____ # _____	_____ # _____	_____ # _____	_____	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque
_____ # _____	_____ # _____	_____ # _____	_____	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque
_____ # _____	_____ # _____	_____ # _____	_____	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Cheque

Autorizo a *EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS* para que retenga la(s) suma(s) indicada(s), si las hay, de mi remuneración y la(s) consigne directamente en la(s) cuenta(s) indicadas. Las consignaciones serán efectuadas al siguiente día de pago, a menos que yo notifique a *EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS* por escrito mi intención de cancelar. Una cancelación de autorización de consignación directa recibida por *EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS* será efectiva después de un tiempo razonable necesario para procesarla.

Si se consignan fondos en mi cuenta por error, autorizo a *EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS* a retirarlos sin exceder el monto original del crédito.

Entiendo que *EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS* se reserva el derecho a rechazar solicitudes de consignación directa. También entiendo que todas las consignaciones directas son efectuadas a través de una Cámara de Compensación Automática (ACH por su sigla en inglés) y que la disponibilidad de fondos está sujeta a los términos y limitaciones de la ACH, así como a los de mi institución financiera. ***NOTE*** Initial set up of direct deposit may take 10 business days. You will receive a standard payroll check until this process has finalized. Employee Leasing Solutions does not charge a fee for this service, however, your bank may. Please contact your bank directly with inquiries regarding additional fees.

NOTA La puesta en marcha inicial de la consignación directa puede demorar 10 días hábiles. Usted recibirá un cheque de nómina estándar hasta cuando el proceso haya terminado. *EMPLOYEE LEASING SOLUTIONS* no cobra por este servicio, pero su banco sí podría hacerlo. Por favor consulte directamente con su banco las dudas que tenga sobre cargos adicionales.

Signature _____ Date _____

Formulario W-4(SP) (2008)

Propósito. Llene el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retenerle la cantidad correcta del impuesto federal sobre el ingreso de su paga. Considere el llenar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambia.

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 2008 vence el 16 de febrero de 2009. Vea la Pub. 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

Nota: No puede reclamar la exención de la retención si: (a) su ingreso excede de \$900 e incluye más de \$300 de ingreso no derivado del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos) y (b) otra persona puede reclamarlo a usted como dependiente en su declaración de impuestos.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo en la página 2 ajustan sus descuentos de la retención basados en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes al ingreso o situaciones de dos asalariados/múltiples empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le

correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos (o cero) descuentos.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuesto 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 Pub. 501, *Exemptions, Standard Deduction, and Filing Information* (Exenciones, deducción estándar e información sobre la presentación), en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos al calcular su número permisible de descuentos de la retención. 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 Pub. 919, *How Do I Adjust My Tax Withholding?* (¿Cómo ajusto la retención de mi impuesto?), en inglés, para obtener información sobre la conversión de sus otros créditos en descuentos de la retención.

Ingreso que no proviene de salarios. Si tiene una suma cuantiosa de ingreso que no proviene de salarios, tal como de intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuesto estimado usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals*

(Impuesto estimado para individuos), en inglés. De lo contrario, podría deber impuesto adicional. Si recibió ingreso por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 919 para saber si tiene que ajustar su impuesto retenido en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si tiene un cónyuge que 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 la más precisa cuando todos los descuentos son reclamados en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos son reclamados en los otros empleos. Vea la Pub. 919, en inglés, para más detalles.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea las *Instructions for Form 8233* (Instrucciones para el Formulario 8233), disponibles en inglés, antes de llenar este Formulario W-4(SP).

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, use la Pub. 919, en inglés, para saber cómo la cantidad en dólares que se le retiene se compara con su cantidad total de impuestos prevista para 2008. Vea la Pub. 919, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guárdela para su archivo).

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A	_____
B	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Usted es soltero y tiene sólo un empleo; o • Usted es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Sus sueldos o salarios de un segundo empleo o los de su cónyuge (o el total de los dos) son de \$1,500 o menos. 	B	_____
C	Anote "1" para su cónyuge. Pero, puede escoger anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotando "-0-" puede ayudarle a evitar que le retengan una cantidad de impuesto 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 como cabeza de familia en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E	_____
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$1,500 en gastos del cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito	F	_____
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información. <ul style="list-style-type: none"> • Si su ingreso total será menor de \$58,000 (\$86,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos. • Si su ingreso total será de entre \$58,000 y \$84,000 (\$86,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos más "1" adicional si tiene cuatro o más hijos que reúnen los requisitos. 	G	_____
H	Sume las líneas desde la A a la 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 su ingreso y desea reducir su impuesto retenido, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**, en la página 2.
- Si tiene más de un empleo o es casado y tanto usted como su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$40,000 (\$25,000 si es casado), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/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.

Corte aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos.

<p>Formulario W-4(SP)</p> <p>Department of the Treasury Internal Revenue Service</p>	<h2>Certificado de Exención de la Retención del Empleo</h2> <p>► Su derecho a reclamar un cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a examen por el IRS. Su empleador puede tener que enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	<p>OMB No. 1545-0074</p> <h1 style="font-size: 2em;">2008</h1>
<p>1 Escriba a máquina o en letra de imprenta su primer nombre e inicial del segundo. Apellido</p>		<p>2 Su número de seguro social</p>
<p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p>		<p>3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero</p> <p>Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es un extranjero no residente, marque el recuadro para "Soltero".</p>
<p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p>		<p>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 una tarjeta de reposición. ► <input type="checkbox"/></p>
<p>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)</p>		<p>5 _____</p>
<p>6 Cantidad adicional, si hay alguna, que quiere que le retengan de su cheque de pago</p>		<p>6 \$ _____</p>
<p>7 Yo reclamo exención de la retención para 2008 y certifico que cumpla con ambas de las siguientes condiciones para la exención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tenía ninguna obligación tributaria y ♦ Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria. <p>Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí. ► 7 _____</p>		
<p>Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.</p>		
<p>Firma del empleado (El formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►</p>		
<p>8 Nombre y dirección del empleador: (Empleador: llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).</p>		<p>9 Código de oficina (opcional)</p>
		<p>10 Número de identificación patronal (EIN)</p>

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones, reclamar ciertos créditos o hacer ajustes al ingreso en su declaración de impuestos para 2008.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2008. Estas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que exceden del 7.5% de su ingreso y ciertas deducciones misceláneas. (Para 2008, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si su ingreso excede de \$159,950 (\$79,975 para los casados que presentan la declaración por separado). Vea la **Worksheet 2** (Hoja de Trabajo 2), en la Pub. 919 para más detalles) 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$10,900 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo calificado} \\ \$8,000 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$5,450 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 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 al ingreso para 2008, incluyendo la pensión alimenticia para cónyuges divorciados, aportaciones deducibles a una cuenta *IRA* e intereses de un préstamo estudiantil 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la **Worksheet 8** (Hoja de Trabajo 8) en la Pub. 919) 5 \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2008 (por ejemplo, los 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 \$3,500 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 **Sume** las cantidades de la línea 8 y de la línea 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/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/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 MÍNIMO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que le paga es de \$50,000 o menos, no escriba más que "3" 2 _____
- 3 Si la cantidad de 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 línea 1 es *menos de* la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9 más adelante para calcular la cantidad de impuesto adicional que se le debe retener para evitar una factura por impuestos debidos 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 **MAYOR** y anótela aquí 7 \$ _____
- 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la de la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuesto adicional anual que se debe retener 8 \$ _____
- 9 Divida la cantidad de la línea 8 por el total de los períodos de pago que faltan en 2008. Por ejemplo, divida por 26 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en diciembre de 2007. Anote el resultado aquí y también en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad de impuesto adicional que se debe retener de cada cheque de nómina 9 \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan la declaración conjuntamente		Todos los demás		Casados que presentan la declaración conjuntamente		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 - \$4,500	0	\$0 - \$6,500	0	\$0 - \$65,000	\$530	\$0 - \$35,000	\$530
4,501 - 10,000	1	6,501 - 12,000	1	65,001 - 120,000	880	35,001 - 80,000	880
10,001 - 18,000	2	12,001 - 20,000	2	120,001 - 180,000	980	80,001 - 150,000	980
18,001 - 22,000	3	20,001 - 27,000	3	180,001 - 310,000	1,160	150,001 - 340,000	1,160
22,001 - 27,000	4	27,001 - 35,000	4	310,001 y más	1,230	340,001 y más	1,230
27,001 - 33,000	5	35,001 - 50,000	5				
33,001 - 40,000	6	50,001 - 65,000	6				
40,001 - 50,000	7	65,001 - 80,000	7				
50,001 - 55,000	8	80,001 - 95,000	8				
55,001 - 60,000	9	95,001 - 120,000	9				
60,001 - 65,000	10	120,001 y más	10				
65,001 - 75,000	11						
75,001 - 100,000	12						
100,001 - 110,000	13						
110,001 - 120,000	14						
120,001 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 de acuerdo con las secciones 3402(f)(2)(A) y 6109 y su reglamentación. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerle a multas. Solemos compartir esta información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados y el Distrito de Columbia a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas y también para incluirla en el *National Directory of New Hires* (Directorio Nacional de Personas Recién Empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países bajo 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, *OMB*, por siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones deberán 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 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 el ingreso (en inglés).

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre el ingreso.

Reconocimiento del Arrendamiento de Empleados

He sido informado que mi empleador actual (Compañía-Cliente) ha celebrado un contrato de arrendamiento de empleados con *Employee Leasing Solutions* (ELS). Mediante dicho contrato, ELS presta servicios profesionales de empleador a la Compañía-Cliente y a sus empleados de planta, incluyendo el desarrollo de ciertas funciones administrativas típicas de un empleador. También he sabido que bajo este contrato, la Compañía-Cliente y ELS se convierten en co-empleadores. Bajo esta relación de co-empleadores, yo sigo siendo un empleado de mi Compañía-Cliente. Mi Compañía-Cliente conservará las facultades de dirección y control sobre los co-empleados en la medida necesaria para conducir su negocio, funciones sin las cuales la Compañía-Cliente no podría cumplir sus responsabilidades fiduciarias ni los requisitos de licencias profesionales, de regulación o estatutarios aplicables al cliente. El control de las tareas diarias de los co-empleados y del sitio de trabajo en el cual, o desde el cual, los co-empleados prestan sus servicios es asignada única y exclusivamente a la Compañía-Cliente. Para efectos de la compensación de trabajadores (*WC* por su sigla en inglés), entiendo y acuerdo que seré un empleado tanto de ELS como de la Compañía-Cliente. La responsabilidad de la supervisión *in situ* (en el terreno), la cual incluye la determinación de mis tareas y requisitos de capacitación, evaluación de mi desempeño, establecimiento de políticas y procedimientos referentes al lugar de trabajo y la toma de decisiones operacionales, financieras y comerciales relacionadas con los productos y servicios suministrados es de mi Compañía-Cliente. ELS no tendrá un supervisor *in situ* ni un representante en mi lugar de trabajo.

También entiendo que ELS es un empleador que contrata a voluntad, y como tal, el empleo con ELS no es por un término fijo o período definido y puede terminar en cualquier momento a voluntad de ELS o a mi voluntad, por o sin justa causa y sin previo aviso. Ningún supervisor ni ningún otro tipo de representante de ELS tiene autoridad para celebrar un contrato de empleo por un término específico ni para celebrar acuerdos contrarios a la naturaleza de mi empleo, la cual es a voluntad. El contrato de arrendamiento de empleados celebrado por la Compañía-Cliente y ELS no afecta ningún contrato de empleo o compensación que exista con mi Compañía-Cliente.

Si el contrato celebrado entre mi Compañía-Cliente y ELS terminara, la condición de trabajador de planta que tengo con ELS también terminará en la fecha de terminación del contrato. A dicha terminación del contrato, mi Compañía-Cliente determinará cuál es mi condición laboral. Si mi Compañía-Cliente no paga a ELS alguna de mis semanas trabajadas, ELS de todas maneras me pagará un salario mínimo o el salario mínimo legal u horas extras por esa semana y yo acepto este método de compensación y entiendo y acuerdo que ELS no asume la responsabilidad del pago de bonos, comisiones, cesantías, compensaciones diferidas, ganancias compartidas, vacaciones, licencias médicas u otros tipos de tiempo libre remunerado, ni la responsabilidad de ningún otro pago si el pago de estos conceptos no ha sido efectuado a ELS por la Compañía-Cliente. Todas las obligaciones tributarias, prestaciones y demás que puedan surgir antes o después de la terminación del contrato de arrendamiento de empleados celebrado por ELS y mi Compañía-Cliente son responsabilidad única y exclusiva de la Compañía-Cliente. Reconozco que mi Compañía-Cliente sigue estando obligada por ley a pagarme mi tasa de salario regular, incluso si no efectúa sus pagos a ELS. Si el contrato con mi Compañía-Cliente termina, mi empleo con ELS terminará en la fecha de terminación del contrato y las responsabilidades de ELS como empleador también terminarán en ese momento.

Reconociendo que todo accidente profesional que yo pueda sufrir está cubierto por los estatutos estatales de compensación de trabajadores, y con el fin de evitar eludir dichos estatutos como resultado de demandas instituidas contra los clientes de ELS o contra ELS con base en las mismas lesiones, y en la medida en que la ley así lo permita, **por el presente renuncio y cedo para siempre cualquier derecho que pueda tener a presentar reclamos o instituir demandas contra cualquier cliente de ELS, incluyendo a la Compañía-Cliente, o contra ELS con base en daños cubiertos por los estatutos sobre compensación de trabajadores.** También acepto cumplir toda política de pruebas antidrogas que la Compañía-Cliente o ELS puedan adoptar y acepto específicamente hacerme pruebas antidrogas después de cualquier accidente, en las situaciones en que la ley así lo permita.

También acepto que si en algún momento durante mi empleo se me somete a algún tipo de discriminación, incluyendo discriminación por raza, sexo, edad, religión, color, represalia, lugar de nacimiento, invalidez, discapacidad o estado civil, o si se me somete a algún tipo de acoso, incluyendo acoso sexual, me comunicaré inmediatamente con la persona indicada de la Compañía-Cliente. En la mayoría de los casos, la persona indicada es el presidente de la Compañía-Cliente. Entiendo y acuerdo que la Compañía-Cliente, y no ELS, es la responsable de investigar el reclamo y de emprender la acción apropiada. También reconozco y acuerdo que ELS no tiene el control real de mi lugar de trabajo, y por lo tanto no está en capacidad de poner fin o de remediar un acto de discriminación, acoso o represalia que pueda estar ocurriendo. La responsabilidad de poner fin a dicha conducta inapropiada es de la Compañía-Cliente.

Como una condición para mi trabajo con ELS como un empleado arrendado a voluntad, acepto renunciar mi derecho a un juicio con jurado en cualquier acción o proceso relacionado con o que surja de mi empleo con ELS y en relación con la Compañía-Cliente a la cual he sido asignado. Esto incluye toda disputa, bien sea por responsabilidad civil extracontractual, contractual, estatutaria (incluyendo, mas sin que se limite a reclamos por discriminación por raza, sexo, incapacidad, discapacidad, color, edad, represalia, origen nacional, religión, estado civil u otras bases), ley de equidad u otros. Antes de presentar una queja ante cualquier tribunal, acuerdo presentarla por escrito y en detalle a la Compañía-Cliente de ELS a la cual estoy prestando servicios y cooperar plenamente con el proceso interno de revisión de la Compañía-Cliente. Como empleado arrendado, entiendo que si me involucro en un accidente de trabajo, informaré rápidamente sobre cualquier lesión a mi supervisor o al gerente.

Reconozco que fui notificado dentro de los 7 primeros días de trabajo en Employment Leasing Solutions que me encuentro en el período de prueba establecido de 90 días.

Discriminación, acoso y FMLA

Declaro que he recibido las Políticas sobre discriminación, acoso y FMLA (Ley de Licencia Familiar y Médica - *Family and Medical Leave Act*) de *Employee Leasing Solutions* que este paquete contiene. Acepto que si en algún momento durante mi empleo se me somete a algún tipo de discriminación o acoso, incluyendo discriminación o acoso por raza, sexo, edad, religión, color, represalias, lugar de nacimiento, invalidez, discapacidad estado civil o cualquier otro tipo de categoría protegida, me comunicaré inmediatamente con mi supervisor inmediato o con el presidente/proprietario de mi Compañía-Cliente.

Prueba antidrogas

También acepto cumplir con la política de pruebas antidrogas de *Employee Leasing Solutions* aplicable en mi lugar de trabajo y acepto específicamente, hacerme pruebas antidrogas después de algún accidente cuando así me sea solicitado, en las situaciones en que la ley lo permita. En este paquete también se encuentra una copia de esta política.

Compensación del trabajador

Nadie está obligado a suministrar información médica hasta tanto no se haya efectuado y aceptado una propuesta laboral, incluso si dicha oferta es contingente con una investigación de esta parte o de cualquier otra parte del proceso de vinculación. Autorizo a cualquier médico, interno, hospital, clínica u otra entidad prestadora de servicios de salud, o empleador para que suministre toda y cualquiera información médica y no médica mía que se encuentre en su poder al corredor del derecho a compensación del trabajador de *Employee Leasing Solutions* o a sus representantes legales para efectos de reclamos de Compensación del Trabajador. (Información médica significa toda información que se encuentre en las manos de proveedores de servicios de salud, o se derive ella, y se relacione con mi historia clínica, condición física o mental o con algún tratamiento). **También declaro que cumpliré con las disposiciones del Estatuto 440 de Florida, el cual se refiere a reclamos de compensación del trabajador. Si suministro información falsa o engañosa para obtener algún beneficio de la compensación del trabajador, dichos beneficios me serán negados.** Sé que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Acepto que una copia de esta autorización será tan válida como la original.

Empleados: Conserve la siguiente información en sus archivos

Política de salud y seguridad

Employee Leasing Solutions está comprometida con la seguridad y la salud de todos sus empleados y reconoce la necesidad de cumplir las regulaciones que rigen la prevención de lesiones y accidentes y la seguridad de los empleados. El mantenimiento de un ambiente de trabajo seguro requiere, sin embargo, la cooperación permanente de todos los empleados.

1. Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesión, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.
2. Nunca ingiera alcohol, sustancias controladas o medicamentos no prescritos durante el trabajo.
3. Use los métodos correctos para levantar objetos. Levántelos subiendo sus piernas, no su espalda. Si una carga es demasiado pesada o incómoda de levantar, pida ayuda.
4. Si no está seguro sobre cómo se realiza un trabajo, deténgase y estúdielo con su supervisor.
5. No comience a operar un equipo sin la debida autorización e información de seguridad.
6. Reporte inmediatamente a su supervisor los equipos que estén funcionando mal.
7. Todo empleado que reciba equipo de seguridad tiene la obligación de usar dicho equipo.
8. Siga siempre las buenas prácticas de orden.
9. Todas las herramientas y cables deben tener polo a tierra.
10. No use líquidos inflamables, materiales tóxicos, químicos o ácidos a menos que esté autorizado para hacerlo y conozca los procedimientos.
11. Si los vehículos y maquinaria tienen cinturón de seguridad, es obligatorio usarlo siempre.
12. No fume en áreas que no estén designadas específicamente para este fin.
13. Obedezca siempre todas las señales de seguridad y advertencia.
14. Presentar información falsa o fraudulenta al reportar una lesión es un delito grave.
15. La seguridad en el trabajo es responsabilidad de cada empleado individual.

Si usted sufre un accidente laboral, debe hacer lo siguiente:

1. Si la lesión amenaza su vida, por favor llame al 911 o a su número local de emergencias.
2. Si la lesión no amenaza su vida, por favor repórtela a su supervisor. Su supervisor debe comunicarse con la línea de atención de lesiones, al 888-225-4990, para obtener autorización apropiada.

Acoso

Creemos que usted debe tener la oportunidad de trabajar en un ambiente libre de acosos fundamentados en su raza, piel color, religión, género, lugar de nacimiento, edad, estado civil o discapacidad.

El acoso no se refiere a comentarios ocasionales de naturaleza socialmente aceptada. El acoso es una forma de conducta inapropiada que afecta las relaciones laborales.

Ningún empleado será sometido a comentarios étnicos o a otras conductas verbales o físicas, ni a ningún tipo o forma de acoso sexual. Si usted es encontrado culpable de cometer estos actos, puede recibir una sanción disciplinaria, o puede ser despedido si es lo apropiado.

Empleados: Conserve la siguiente información en sus archivos

Hay acoso sexual cuando:

- El sometimiento a esta conducta es, implícita o explícitamente, un término o condición para el empleo de una persona.
- El sometimiento a, o el rechazo de, esta conducta por parte de una persona se usa como base para tomar decisiones laborales que afectan a dicha persona.

Las conductas que caben dentro de la definición de acoso sexual incluyen, mas no se limitan a las siguientes:

- Contacto físico de naturaleza sexual no solicitado, como palmaditas, pellizcos o roces innecesarios.
- Amenazas manifiestas o implícitas contra una persona para inducirla a otorgar favores sexuales o participar en una relación sexual no deseada.
- Acoso o abuso sexual de naturaleza verbal, incluyendo intimidación en forma de sugerencia de deseo de relaciones sexuales, o chistes o comentarios de naturaleza sexual a una persona o frente a una persona que las encuentra ofensivas.
- Uso de términos o gestos sexualmente sugestivos para describir el cuerpo de una persona, su ropa o sus actividades sexuales.
- Exhibición de dibujos o materiales sexualmente sugestivos en el lugar de trabajo.

Si cree que ha sido acosado por un compañero de trabajo, supervisor, cliente, vendedor o representante de su compañía, usted debe informar inmediatamente los hechos, así como los nombres de las personas involucradas, a su gerente/supervisor, o al presidente/propietario de su Compañía-Cliente. Todas las quejas serán investigadas bajo estricta confidencialidad y se tomarán las acciones correctivas apropiadas según sea necesario.

No habrá represalias que afecten el empleo de una persona que presente una queja de acoso o que actúe como testigo en la investigación de una queja de acoso.

Bajar dibujos o materiales inapropiados usando los sistemas de computador también está en contra de las políticas de la compañía.

Política que propende por un lugar de trabajo libre de drogas

Employee Leasing Solutions es una compañía en la cual las responsabilidades y libertades están regidas por políticas y códigos de comportamiento, incluyendo sanciones por violación de estas normas, tal como se menciona en el Manual del Empleado. *Employee Leasing Solutions* tiene una norma de conducta que prohíbe la posesión, uso o distribución ilegal de drogas y alcohol por parte de empleados en el lugar de trabajo de *Employee Leasing Solutions* o de sus clientes o como parte de las actividades de la compañía.

Si se presenta un accidente, a usted se le solicitará tomar una prueba de drogas y alcohol antes de que el sistema de compensación de trabajadores pague cualquier tratamiento y/o después de un accidente ocurrido en desarrollo de trabajos de la compañía que ocasione daños a la propiedad de la compañía o de terceros. Se realizarán todos los esfuerzos necesarios para que los resultados de la prueba de drogas y alcohol permanezcan como información confidencial. Sólo tendrán acceso las personas que tengan necesariamente que conocer los resultados.

Employee Leasing Solutions no tolerará el consumo de drogas ilegales y el consumo de estas drogas dará lugar a terminación inmediata del empleo. La meta de *Employee Leasing Solutions* es mantener el lugar de trabajo libre de drogas. *Employee Leasing Solutions* ha adoptado las siguientes políticas en relación con la Ley sobre lugares de trabajo libres de droga de 1988. Las siguientes actividades están terminantemente prohibidas:

1. Vender cualquier droga, incluyendo alcohol o drogas de prescripción, bien sea que el empleado se encuentre trabajando o no, a menos que tenga alguna facultad legal para vender la sustancia en cuestión bajo las circunstancias;
2. Poseer bebidas alcohólicas o drogas ilegales mientras se encuentra trabajando o dentro de las instalaciones de la compañía en cualquier momento;
3. Consumir drogas ilegales en cualquier momento. (Las drogas ilegales incluyen drogas de prescripción prescritas para terceras personas o tomadas sin atender a las dosis prescritas);
4. Consumo de otras sustancias (incluyendo drogas ilegales, drogas de prescripción, alcohol o cualquier otra sustancia), que implique el riesgo innecesario de afectar negativamente el desempeño laboral, bien sea que se pueda o no se pueda probar un efecto real en el desempeño laboral. Esto incluye el consumo de cualquier sustancia que implique un riesgo innecesario de ausentismo, retrasos en las llegadas al trabajo o amenaza para la seguridad.

Empleados: Conserve la siguiente información en sus archivos

Política referente a la Ley de Licencia Familiar y Médica

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por su nombre en inglés) es una ley federal que da derecho a un empleado elegible a tomar hasta doce (12) semanas de licencia para ciertos eventos familiares y médicos. Con limitadas excepciones, un empleado elegible generalmente tiene derecho a volver a su cargo original, o a un cargo equivalente en términos de remuneración, prestaciones y otros términos y condiciones de empleo, al terminar la licencia. La FMLA no reemplaza ninguna ley local o convención colectiva del trabajo que pueda otorgar una mayor protección o mayores beneficios.

Bajo la FMLA, un empleado elegible es aquel que haya sido contratado por un empleador amparado que tenga cinco (5) o más empleados dentro de un radio de setenta y cinco (75) millas del lugar donde trabaja el empleado, para trabajar por lo menos doce (12) meses y haya trabajado por lo menos 1.250 horas en el período de 12 meses inmediatamente anteriores al primer día de la licencia. La Licencia Familiar y Médica no es remunerada; sin embargo, el empleador amparado requerirá al empleado que sustituya cualquier período de vacaciones causado mas no tomado, una licencia por enfermedad o personal junto con dicha licencia. Además, un empleado en licencia debido a lesión cubierta por el sistema de compensación de trabajadores será clasificado en Licencia Familiar y Médica automáticamente, sin que medie solicitud del empleado, si la lesión se ajusta a los criterios de la FMLA.

Todos los empleados que trabajen para un empleador amparado y cumplan con los requisitos de tiempo de servicio (12 meses y 1.250 horas) son elegibles para Licencia Familiar y Médica en los siguientes casos:

- Nacimiento de un hijo y cuidado de un recién nacido

- Asignación de un niño para adopción o para su cuidado bajo el sistema de adopción temporal

- Para cuidar a un hijo, al cónyuge o al padre o la madre en caso de enfermedad grave

- Problemas graves de salud que impida al empleado realizar las funciones de su trabajo

En general, un problema grave de salud es aquel que implica hospitalización y tratamiento relacionado, o un tratamiento continuado por parte de un proveedor de servicios de salud que impida al empleado realizar actividades regulares durante por lo menos tres días; incapacidad por embarazo o cuidados prenatales; una enfermedad crónica grave (por ejemplo asma, epilepsia, diabetes) o larga (por ejemplo Alzheimer's o las etapas terminales de una enfermedad); tratamientos múltiples (quimioterapia o radioterapia por cáncer, terapia física por artritis, diálisis). Normalmente, a menos que surjan complicaciones, dolencias leves como resfriados o gripe, desórdenes estomacales o problemas odontológicos de rutina no clasifican como problema grave de salud.

Si una pareja de esposos trabaja para un mismo empleador amparado, la Licencia Familiar y Médica se limita a una combinación de doce (12) semanas en total para los dos, si la licencia se debe al nacimiento de un hijo o al cuidado de un recién nacido o a la asignación de un niño para adopción o para su cuidado bajo el sistema de adopción temporal. El empleador amparado no otorgará licencias por el nacimiento de un hijo o por la asignación de un niño para adopción o para su cuidado bajo el sistema de adopción temporal después de transcurridos doce (12) meses desde el nacimiento o la asignación del niño. El empleador amparado aplica el período "renovable" de 12 meses en el cual se fundamenta la elegibilidad para licencia bajo la FMLA. Bajo este método, cada vez que se solicita una Licencia Familiar y Médica, el tiempo que el empleado tiene derecho a tomar es igual al saldo de las doce semanas que no haya utilizado durante los doce meses inmediatamente anteriores.

Los empleados deben presentar sus solicitudes de licencia por escrito al supervisor o al funcionario designado de la Compañía-Cliente de *Employee Leasing Solutions* (por ejemplo, el presidente). La solicitud debe indicar la razón por la que se solicita licencia, la duración de la misma, las fechas de salida y regreso al trabajo. Una solicitud de Licencia Familiar y Médica por problemas serios de salud debe ir respaldada con un certificado médico expedido por el proveedor de servicios médicos del empleado. El certificado médico debe indicar la fecha en que comenzó el problema, su duración probable y los hechos médicos apropiados relacionados. Si el empleado solicita la licencia para cuidado al cónyuge, a un hijo o uno de sus padres debido a un problema grave de salud, el certificado médico debe indicar que el empleado no puede realizar las funciones de su trabajo. Para este efecto se puede solicitar una descripción del trabajo. El empleador amparado puede, a su propia cuenta, pedir al empleado que obtenga una segunda opinión de un proveedor de servicios médicos que el empleador amparado elija. También puede, en algunas circunstancias y a ciertos intervalos, solicitar una re-certificación con respecto a un problema grave de salud.

Los empleados que esperen el nacimiento de un hijo, o la asignación de un niño para adopción o para su cuidado bajo el sistema de adopción temporal, o un tratamiento médico programado deben presentar la solicitud de licencia con por lo menos treinta (30) días de anticipación. Si la licencia va a comenzar menos de 30 días después de la fecha de solicitud, el empleado debe notificar la necesidad de tomar la licencia tan pronto como necesidad esta surja. Si esta necesidad de tomar licencia surge inesperadamente, el empleado generalmente debe solicitarla dentro de los quince (15) días siguientes al surgimiento de la necesidad de tomar la licencia, o a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes a la solicitud. No solicitar las licencias o no presentar los certificados médicos a su debido tiempo puede dar lugar a que no se otorgue la licencia hasta cuando se suministre la solicitud o el certificado médico apropiado. Si se exige un certificado médico y éste no es suministrado, se considerará que la licencia no puede ser otorgada bajo la FMLA y puede suceder que se pierda la protección suministrada por concepto de esta ausencia.

En algunos casos, la Licencia Familiar y Médica puede ser tomada de manera fraccionada (es decir, menos de un día completo) si es médicamente necesario, o el horario de trabajo del empleado puede ser reducido o reestructurado para que se acomode a la situación. Excepto en casos extraordinarios que requieren aprobación específica del empleador amparado, la licencia fraccionada no se otorgará para eventos como el nacimiento de un hijo o asignación de un niño para adopción o para su cuidado bajo el sistema de adopción temporal. Previa aprobación y dependiendo de disponibilidad, un empleado puede ser transferido temporalmente a otro cargo para el cual esté calificado para que pueda acomodarse mejor a los períodos recurrentes de licencia. La antigüedad y las prestaciones no se acumulan durante una licencia bajo la FMLA, pero no se perderán las que hayan sido acumuladas antes de la licencia. Los empleados en licencia deben comunicarse con su supervisor o con el funcionario designado del empleador amparado cada treinta (30) días como mínimo para informar sobre su estado y las expectativas de regreso.

Durante una licencia tomada bajo la FMLA, el seguro médico del empleado sigue vigente y en las mismas condiciones, tal como si el empleado continuara trabajando. Sin embargo, el empleado debe seguir efectuando el pago de la proporción correspondiente a la prima del seguro. La falta de pago puede dar lugar a pérdida del cubrimiento. Más aún, si un empleado no regresa al trabajo después de la licencia y el empleador amparado ha pagado alguna porción del seguro en ausencia del empleado, el empleado deberá rembolsar al empleador amparado la suma pagada en su nombre. Esto no aplica si el empleado no regresa debido a un problema grave de salud o una circunstancia que esté fuera del control del empleado. Los beneficios de seguro médico terminarán cuando terminen las doce (12) semanas de licencia tomada bajo la FMLA si el empleado no regresa al trabajo; sin embargo, el empleado tendrá derecho a lo que le corresponda bajo la Ley de Presupuesto Ómnibus Consolidado (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act -COBRA*).

Después de una licencia médica, se exigirá al proveedor de servicios de salud un certificado de capacidad para volver al trabajo antes de que al empleado se le permita volver a trabajar. Si un empleado no vuelve al trabajo el día anotado en la solicitud de licencia (o en la fecha acordada posteriormente, si es el caso), ello se considerará renuncia voluntaria del empleado. Una solicitud de licencia puede ser investigada a discreción del empleador amparado y cualquier falsificación deliberada de una solicitud de licencia bajo la FMLA o de un certificado médico puede dar lugar a una acción disciplinaria e incluso a despido. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos o responsabilidades bajo la FMLA, solicite ayuda a su supervisor o al funcionario designado del empleador amparado. La información general sobre la FMLA se encuentra disponible en el Departamento del Trabajo de Estados Unidos, en la dirección www.dol.gov.

COBRA

Si la compañía le ofrece un seguro médico y usted lo pierde debido a un evento que así lo determine, usted, su esposa y sus hijos dependientes tendrán la oportunidad de seguir pagando el cubrimiento durante un tiempo después de la pérdida del cubrimiento. Si usted necesita información adicional sobre el beneficio de continuación del cubrimiento, por favor hable directamente con un Coordinador de Beneficios de *Employee Leasing Solutions*.

