Nombre_____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

No. de Seguro Social_____-_____-_____

creative business resources

Formulario De Inscripción

Arizona 2019

Bienvenido a Creative Business Resources!

En este paquete hay cinco formas que usted debe firmar y regresar:

★ Por favor no separe las siguientes formas:Formulario de Información (Primera Pagina)

- **Forma de Verificación de Elegibilidad del Departamento de Seguridad Nacional de U.S. (Forma I-9) con copias de sus indentificaciones**
- **La Forma W-4 del IRS**
- **Forma del Estado de Arizona**
- **Autorización para el depósito directo de salario**

★ **Desamble las formas y quédese con las formas siguientes.**

- **Contracto Laboral de CBR**
- **Normas para un Medio Laboral Libre de Drogas**
- **Manual de Seguridad**
- **Notifaciòn en caso de accidente ocupacional**
- **Manual de Procedimiento en caso de Acoso, Discriminación, y Acoso Sexual / igualdad de oportunidad**
- **Notifacion de Queja/Acoso**
- **Notificación de FMLA para los empleados**

Llene el formulario requerido y firme la primera pagina del interior.
Tendremos que devolverle este paquete si entrega las formas incompletas.

Formulario de Información

creative business resources

COMPLETADO POR EL EMPLEADO: **1er día con CBR**_____

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)
Nombre de laCompañía:_____

No.de Seguro Social:_____-_____-_____Fecha de Nacimiento:_____ Hombre ☐ Mujer ☐

Soltero(a) ☐ Casado(a)☐

Dirección:_____
(Nombre y Número de Calle) # De Apt. Teléfono de Casa (_____) _____

_____ Email: _____
Ciudad Estado Código Postal

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación:_____ Telefono: _____

Información obtenida será para reportar EEO-1 solamente

Raza o Identidad Étnica: ☐Anglo ☐Africo Americano ☐Hispano ☐Asiano o de la isla Pacifico ☐ Indio Americano

Información Veterana Voluntaria ☐Veterano de la era de Vietnam ☐ Un veterano deshabilitado ☐Otra elegibilidad veterana

ACUERDO DE RECIBO Y LIBERACIÒN DE RESPONSABILIDAD -

Estoy de acuerdo y recibo los documentos que se mencionan a continuación:

Contracto laboral
Normas sobre seguridad
Forma para Reportar Acosamiento
Normas sobre un Medio Laboral Libre de Drogas
Normas sobre Acoso, Acoso Sexual y Discriminación
Forma sobre la Seguridad en el Trabajo
Notificación de Ausencia Familiar

He leído y estoy de acuerdo con los términos indicados en el Contracto Laboral, Normas y otros formularios antes mencionados.

Además entiendo que mi empleo es sin plazo fijo de duración y puede ser terminado con o sin causa, con o sin aviso previo, por mi cuenta o de Creative Business Resources. Además entiendo que las normas establecidas por medio de éste pueden ser cambiadas por cualquier razón, con o sin aviso, y que tal cambio no cambiará de manera alguna la relación laboral sin plazo fijo de duración.

Entiendo que la ley estatal requiere que los empleados notifiquen a su patrón de cualquier accidente industrial. Estoy de acuerdo en obedecer estas reglas mientras sea empleado de Creative Business Resources.

Libero y estoy de acuerdo en librar de responsabilidad a ningún individuo, compañía, empresa de negocios o agencia gubernamental respecto a información proporcionada a Creative Business Resources con fines de empleo.

Estoy de acuerdo y recibo las reglas fijadas por la empresa respecto a los análisis para determinar el uso de drogas. Autorizo a cualquier agencia médica, sus empleados y agentes que administre el análisis, para que entregue los resultados del mismo a Creative Business Resources. Además, libero a Creative Business Resources, su cliente, la agencia médica y los empleados respectivos, de todo reclamo que yo pueda tener ahora o en el futuro, respecto a estas reglas o acción tomada debido a resultados negativos del análisis.

_____ _____
Firma del Empleado **Fecha**

TO BE COMPLETED BY CLIENT COMPANY:

Pay Rate $_____ ☐ per hour ☐ weekly ☐ bi-weekly ☐ semi-monthly ☐ monthly

Job Title_____ ☐Full Time ☐Part Time ☐ Exempt ☐Non-Exempt

W/C Code_____ W/C Code _____ W/C Code_____ State_____

Original Hire Date_____ Employee Class_____ Insurance Effective Date_____

Manager Authorization_____ _____
Signature *Print Name*

Form W-4 (2019)

Future developments. For the latest information about any future developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to *www.irs.gov/FormW4*.

Purpose. Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. Consider completing a new Form W-4 each year and when your personal or financial situation changes.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2019 if **both** of the following apply.

- For 2018 you had a right to a refund of **all** federal income tax withheld because you had **no** tax liability, **and**
- For 2019 you expect a refund of **all** federal income tax withheld because you expect to have **no** tax liability.

If you're exempt, complete **only** lines 1, 2, 3, 4, and 7 and sign the form to validate it. Your exemption for 2019 expires February 17, 2020. See Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax, to learn more about whether you qualify for exemption from withholding.

General Instructions

If you aren't exempt, follow the rest of these instructions to determine the number of withholding allowances you should claim for withholding for 2019 and any additional amount of tax to have withheld. For regular wages, withholding must be based on allowances you claimed and may not be a flat amount or percentage of wages.

You can also use the calculator at ***www.irs.gov/W4App*** to determine your tax withholding more accurately. Consider using this calculator if you have a more complicated tax situation, such as if you have a working spouse, more than one job, or a large amount of nonwage income not subject to withholding outside of your job. After your Form W-4 takes effect, you can also use this calculator to see how the amount of tax you're having withheld compares to your projected total tax for 2019. If you use the calculator, you don't need to complete any of the worksheets for Form W-4.

Note that if you have too much tax withheld, you will receive a refund when you file your tax return. If you have too little tax withheld, you will owe tax when you file your tax return, and you might owe a penalty.

Filers with multiple jobs or working spouses. If you have more than one job at a time, or if you're married filing jointly and your spouse is also working, read all of the instructions including the instructions for the Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet before beginning.

Nonwage income. If you have a large amount of nonwage income not subject to withholding, such as interest or dividends, consider making estimated tax payments using Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals. Otherwise, you might owe additional tax. Or, you can use the Deductions, Adjustments, and Additional Income Worksheet on page 3 or the calculator at *www.irs.gov/W4App* to make sure you have enough tax withheld from your paycheck. If you have pension or annuity income, see Pub. 505 or use the calculator at *www.irs.gov/W4App* to find out if you should adjust your withholding on Form W-4 or W-4P.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Personal Allowances Worksheet

Complete this worksheet on page 3 first to determine the number of withholding allowances to claim.

Line C. ***Head of household please note:*** Generally, you may claim head of household filing status on your tax return only if you're unmarried and pay more than 50% of the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual. See Pub. 501 for more information about filing status.

Line E. Child tax credit. When you file your tax return, you may be eligible to claim a child tax credit for each of your eligible children. To qualify, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who lives with you for more than half the year, and must have a valid social security number. To learn more about this credit, see Pub. 972, Child Tax Credit. To reduce the tax withheld from your pay by taking this credit into account, follow the instructions on line E of the worksheet. On the worksheet you will be asked about your total income. For this purpose, total income includes all of your wages and other income, including income earned by a spouse if you are filing a joint return.

Line F. Credit for other dependents. When you file your tax return, you may be eligible to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as a qualifying child who doesn't meet the age or social security number requirement for the child tax credit, or a qualifying relative. To learn more about this credit, see Pub. 972. To reduce the tax withheld from your pay by taking this credit into account, follow the instructions on line F of the worksheet. On the worksheet, you will be asked about your total income. For this purpose, total

---

Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the worksheet(s) for your records.

Form **W-4**
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Allowance Certificate

► **Whether you're entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.**

OMB No. 1545-0074

2019

1 Your first name and middle initial	Last name	**2 Your social security number**
Home address (number and street or rural route)	**3** ☐ Single ☐ Married ☐ Married, but withhold at higher Single rate. **Note:** If married filing separately, check "Married, but withhold at higher Single rate."	
City or town, state, and ZIP code	**4 If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 800-772-1213 for a replacement card.** ► ☐	

5	Total number of allowances you're claiming (from the applicable worksheet on the following pages)	**5**	
6	Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck	**6**	$
7	I claim exemption from withholding for 2019, and I certify that I meet **both** of the following conditions for exemption. • Last year I had a right to a refund of **all** federal income tax withheld because I had **no** tax liability, **and** • This year I expect a refund of **all** federal income tax withheld because I expect to have **no** tax liability. If you meet both conditions, write "Exempt" here . . . . . ►	**7**	

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Employee's signature
(This form is not valid unless you sign it.) ► **Date** ►

8 Employer's name and address (**Employer:** Complete boxes 8 and 10 if sending to IRS and complete boxes 8, 9, and 10 if sending to State Directory of New Hires.)	**9** First date of employment	**10** Employer identification number (EIN)

income includes all of your wages and other income, including income earned by a spouse if you are filing a joint return.

Line G. Other credits. You may be able to reduce the tax withheld from your paycheck if you expect to claim other tax credits, such as tax credits for education (see Pub. 970). If you do so, your paycheck will be larger, but the amount of any refund that you receive when you file your tax return will be smaller. Follow the instructions for Worksheet 1-6 in Pub. 505 if you want to reduce your withholding to take these credits into account. Enter "-0-" on lines E and F if you use Worksheet 1-6.

Deductions, Adjustments, and Additional Income Worksheet

Complete this worksheet to determine if you're able to reduce the tax withheld from your paycheck to account for your itemized deductions and other adjustments to income, such as IRA contributions. If you do so, your refund at the end of the year will be smaller, but your paycheck will be larger. You're not required to complete this worksheet or reduce your withholding if you don't wish to do so.

You can also use this worksheet to figure out how much to increase the tax withheld from your paycheck if you have a large amount of nonwage income not subject to withholding, such as interest or dividends.

Another option is to take these items into account and make your withholding more accurate by using the calculator at *www.irs.gov/W4App*. If you use the calculator, you don't need to complete any of the worksheets for Form W-4.

Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet

Complete this worksheet if you have more than one job at a time or are married filing jointly and have a working spouse. If you don't complete this worksheet, you might have too little tax withheld. If so, you will owe tax when you file your tax return and might be subject to a penalty.

Figure the total number of allowances you're entitled to claim and any additional amount of tax to withhold on all jobs using worksheets from only one Form W-4. Claim all allowances on the W-4 that you or your spouse file for the highest paying job in your family and claim zero allowances on Forms W-4 filed for all other jobs. For example, if you earn $60,000 per year and your spouse earns $20,000, you should complete the worksheets to determine what to enter on lines 5 and 6 of your Form W-4, and your spouse should enter zero ("-0-") on lines 5 and 6 of his or her Form W-4. See Pub. 505 for details.

Another option is to use the calculator at *www.irs.gov/W4App* to make your withholding more accurate.

Tip: If you have a working spouse and your incomes are similar, you can check the "Married, but withhold at higher Single rate" box instead of using this worksheet. If you choose this option, then each spouse should fill out the Personal Allowances Worksheet and check the "Married, but withhold at higher Single rate" box on Form W-4, but only one spouse should claim any allowances for credits or fill out the Deductions, Adjustments, and Additional Income Worksheet.

Instructions for Employer

Employees, do not complete box 8, 9, or 10. Your employer will complete these boxes if necessary.

New hire reporting. Employers are required by law to report new employees to a designated State Directory of New Hires. Employers may use Form W-4, boxes 8, 9, and 10 to comply with the new hire reporting requirement for a newly hired employee. A newly hired employee is an employee who hasn't previously been employed by the employer, or who was previously employed by the employer but has been separated from such prior employment for at least 60 consecutive days. Employers should contact the appropriate State Directory of New Hires to find out how to submit a copy of the completed Form W-4. For information and links to each designated State Directory of New Hires (including for U.S. territories), go to ***www.acf.hhs.gov/css/employers.***

If an employer is sending a copy of Form W-4 to a designated State Directory of New Hires to comply with the new hire reporting requirement for a newly hired employee, complete boxes 8, 9, and 10 as follows.

Box 8. Enter the employer's name and address. If the employer is sending a copy of this form to a State Directory of New Hires, enter the address where child support agencies should send income withholding orders.

Box 9. If the employer is sending a copy of this form to a State Directory of New Hires, enter the employee's first date of employment, which is the date services for payment were first performed by the employee. If the employer rehired the employee after the employee had been separated from the employer's service for at least 60 days, enter the rehire date.

Box 10. Enter the employer's employer identification number (EIN).

Personal Allowances Worksheet (Keep for your records.)

A	Enter "1" for yourself	**A**	
B	Enter "1" if you will file as married filing jointly	**B**	
C	Enter "1" if you will file as head of household	**C**	
D	Enter "1" if: • You're single, or married filing separately, and have only one job; or • You're married filing jointly, have only one job, and your spouse doesn't work; or • Your wages from a second job or your spouse's wages (or the total of both) are $1,500 or less.	**D**	
E	**Child tax credit.** See Pub. 972, Child Tax Credit, for more information. • If your total income will be less than $71,201 ($103,351 if married filing jointly), enter "4" for each eligible child. • If your total income will be from $71,201 to $179,050 ($103,351 to $345,850 if married filing jointly), enter "2" for each eligible child. • If your total income will be from $179,051 to $200,000 ($345,851 to $400,000 if married filing jointly), enter "1" for each eligible child. • If your total income will be higher than $200,000 ($400,000 if married filing jointly), enter "-0-"	**E**	
F	**Credit for other dependents.** See Pub. 972, Child Tax Credit, for more information. • If your total income will be less than $71,201 ($103,351 if married filing jointly), enter "1" for each eligible dependent. • If your total income will be from $71,201 to $179,050 ($103,351 to $345,850 if married filing jointly), enter "1" for every two dependents (for example, "-0-" for one dependent, "1" if you have two or three dependents, and "2" if you have four dependents). • If your total income will be higher than $179,050 ($345,850 if married filing jointly), enter "-0-"	**F**	
G	**Other credits.** If you have other credits, see Worksheet 1-6 of Pub. 505 and enter the amount from that worksheet here. If you use Worksheet 1-6, enter "-0-" on lines E and F	**G**	
H	Add lines A through G and enter the total here ►	**H**	

For accuracy, complete all worksheets that apply.

- If you plan to **itemize** or **claim adjustments to income** and want to reduce your withholding, or if you have a large amount of nonwage income not subject to withholding and want to increase your withholding, see the **Deductions, Adjustments, and Additional Income Worksheet** below.
- If you **have more than one job at a time** or are **married filing jointly and you and your spouse both work,** and the combined earnings from all jobs exceed $53,000 ($24,450 if married filing jointly), see the **Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet** on page 4 to avoid having too little tax withheld.
- If **neither** of the above situations applies, **stop here** and enter the number from line H on line 5 of Form W-4 above.

Deductions, Adjustments, and Additional Income Worksheet

Note: Use this worksheet *only* if you plan to itemize deductions, claim certain adjustments to income, or have a large amount of nonwage income not subject to withholding.

1	Enter an estimate of your 2019 itemized deductions. These include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to $10,000), and medical expenses in excess of 10% of your income. See Pub. 505 for details	**1**	$
2	Enter: $24,400 if you're married filing jointly or qualifying widow(er); $18,350 if you're head of household; $12,200 if you're single or married filing separately	**2**	$
3	**Subtract** line 2 from line 1. If zero or less, enter "-0-"	**3**	$
4	Enter an estimate of your 2019 adjustments to income, qualified business income deduction, and any additional standard deduction for age or blindness (see Pub. 505 for information about these items)	**4**	$
5	**Add** lines 3 and 4 and enter the total	**5**	$
6	Enter an estimate of your 2019 nonwage income not subject to withholding (such as dividends or interest)	**6**	$
7	**Subtract** line 6 from line 5. If zero, enter "-0-". If less than zero, enter the amount in parentheses	**7**	$
8	**Divide** the amount on line 7 by $4,200 and enter the result here. If a negative amount, enter in parentheses. Drop any fraction	**8**	
9	Enter the number from the **Personal Allowances Worksheet,** line H, above	**9**	
10	**Add** lines 8 and 9 and enter the total here. If zero or less, enter "-0-". If you plan to use the **Two-Earners/ Multiple Jobs Worksheet,** also enter this total on line 1 of that worksheet on page 4. Otherwise, **stop here** and enter this total on Form W-4, line 5, page 1	**10**	

Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet

Note: Use this worksheet *only* if the instructions under line H from the **Personal Allowances Worksheet** direct you here.

1 Enter the number from the **Personal Allowances Worksheet,** line H, page 3 (or, if you used the **Deductions, Adjustments, and Additional Income Worksheet** on page 3, the number from line 10 of that worksheet) . . . . . **1** _____

2 Find the number in **Table 1** below that applies to the **LOWEST** paying job and enter it here. **However,** if you're married filing jointly and wages from the highest paying job are $75,000 or less and the combined wages for you and your spouse are $107,000 or less, don't enter more than "3" . . . . . **2** _____

3 If line 1 is **more than or equal to** line 2, subtract line 2 from line 1. Enter the result here (if zero, enter "-0-") and on Form W-4, line 5, page 1. **Do not** use the rest of this worksheet . . . . . **3** _____

Note: If line 1 is **less than** line 2, enter "-0-" on Form W-4, line 5, page 1. Complete lines 4 through 9 below to figure the additional withholding amount necessary to avoid a year-end tax bill.

4 Enter the number from line 2 of this worksheet . . . . . **4** _____

5 Enter the number from line 1 of this worksheet . . . . . **5** _____

6 **Subtract** line 5 from line 4 . . . . . **6** _____

7 Find the amount in **Table 2** below that applies to the **HIGHEST** paying job and enter it here . . . . . **7** $ _____

8 **Multiply** line 7 by line 6 and enter the result here. This is the additional annual withholding needed . . . **8** $ _____

9 **Divide** line 8 by the number of pay periods remaining in 2019. For example, divide by 18 if you're paid every 2 weeks and you complete this form on a date in late April when there are 18 pay periods remaining in 2019. Enter the result here and on Form W-4, line 6, page 1. This is the additional amount to be withheld from each paycheck . . . . . **9** $ _____

Table 1

Married Filing Jointly		All Others	
If wages from **LOWEST** paying job are—	Enter on line 2 above	If wages from **LOWEST** paying job are—	Enter on line 2 above
$0 - $5,000	0	$0 - $7,000	0
5,001 - 9,500	1	7,001 - 13,000	1
9,501 - 19,500	2	13,001 - 27,500	2
19,501 - 35,000	3	27,501 - 32,000	3
35,001 - 40,000	4	32,001 - 40,000	4
40,001 - 46,000	5	40,001 - 60,000	5
46,001 - 55,000	6	60,001 - 75,000	6
55,001 - 60,000	7	75,001 - 85,000	7
60,001 - 70,000	8	85,001 - 95,000	8
70,001 - 75,000	9	95,001 - 100,000	9
75,001 - 85,000	10	100,001 - 110,000	10
85,001 - 95,000	11	110,001 - 115,000	11
95,001 - 125,000	12	115,001 - 125,000	12
125,001 - 155,000	13	125,001 - 135,000	13
155,001 - 165,000	14	135,001 - 145,000	14
165,001 - 175,000	15	145,001 - 160,000	15
175,001 - 180,000	16	160,001 - 180,000	16
180,001 - 195,000	17	180,001 and over	17
195,001 - 205,000	18		
205,001 and over	19		

Table 2

Married Filing Jointly		All Others	
If wages from **HIGHEST** paying job are—	Enter on line 7 above	If wages from **HIGHEST** paying job are—	Enter on line 7 above
$0 - $24,900	$420	$0 - $7,200	$420
24,901 - 84,450	500	7,201 - 36,975	500
84,451 - 173,900	910	36,976 - 81,700	910
173,901 - 326,950	1,000	81,701 - 158,225	1,000
326,951 - 413,700	1,330	158,226 - 201,600	1,330
413,701 - 617,850	1,450	201,601 - 507,800	1,450
617,851 and over	1,540	507,801 and over	1,540

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person who claims no withholding allowances; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You aren't required to provide the information requested on a form that's subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Arizona Form **A-4**

Employee's Arizona Withholding Election

2019

Type or print your Full Name		Your Social Security Number
Home Address – number and street or rural route		
City or Town	State	ZIP Code

Choose either box 1 or box 2:

☐ **1** Withhold from gross taxable wages at the percentage checked **(check only one percentage)**:

☐ 0.8% ☐ 1.3% ☐ 1.8% ☐ 2.7% ☐ 3.6% ☐ 4.2% ☐ 5.1%

☐ Check this box and enter an extra amount to be withheld from each paycheck ..... $

☐ **2** I elect an Arizona withholding percentage of zero, and I certify that I expect to have no Arizona tax liability for the current taxable year.

Print

I certify that I have made the election marked above.

SIGNATURE DATE

Employee's Instructions

Arizona law requires your employer to withhold Arizona income tax from your wages for work done in Arizona. The amount withheld is applied to your Arizona income tax due when you file your tax return. The amount withheld is a percentage of your gross taxable wages from every paycheck. You may also have your employer withhold an extra amount from each paycheck. Complete this form to select a percentage and any extra amount to be withheld from each paycheck.

What are my "Gross Taxable Wages"?

For withholding purposes, your "gross taxable wages" are the wages that will generally be in box 1 of your federal Form W-2. It is your gross wages less any pretax deductions, such as your share of health insurance premiums.

New Employees

Complete this form within the first five days of your employment to select an Arizona withholding percentage. You may also have your employer withhold an extra amount from each paycheck. If you do not file this form, the department requires your employer to withhold 2.7% of your gross taxable wages.

Current Employees

If you want to change your current amount withheld, you must file this form to change the Arizona withholding percentage to change the extra amount withheld.

What Should I do With Form A-4?

Give your completed Form A-4 to your employer.

Electing a Withholding Percentage of Zero

You may elect an Arizona withholding percentage of zero if you expect to have no Arizona income tax liability for the current year. Arizona tax liability is gross tax liability less any tax credits, such as the family tax credit, school tax credits, or credits for taxes paid to other states. If you make this election, your employer will not withhold Arizona income tax from your wages for payroll periods beginning after the date you file the form. Zero withholding does not relieve you from paying Arizona income taxes that might be due at the time you file your Arizona income tax return. If you have an Arizona tax liability when you file your return or if at any time during the current year conditions change so that you expect to have a tax liability, you should promptly file a new Form A-4 and choose a withholding percentage that applies to you.

Voluntary Withholding Election by Certain Nonresident Employees

Compensation earned by nonresidents while physically working in Arizona for temporary periods is subject to Arizona income tax. However, under Arizona law, compensation paid to certain nonresident employees is not subject to Arizona income tax withholding. These nonresident employees need to review their situations and determine if they should elect to have Arizona income taxes withheld from their Arizona source compensation. Nonresident employees may request that their employer withhold Arizona income taxes by completing this form to elect Arizona income tax withholding.

Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
OMB No. 1615-0047
Expires 08/31/2019

►**START HERE:** **Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.**

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.)*

Last Name *(Family Name)*	First Name *(Given Name)*	Middle Initial	Other Last Names Used *(if any)*

Address *(Street Number and Name)*	Apt. Number	City or Town	State	ZIP Code

Date of Birth *(mm/dd/yyyy)*	U.S. Social Security Number	Employee's E-mail Address	Employee's Telephone Number
	☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐		

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

☐ 1. A citizen of the United States

☐ 2. A noncitizen national of the United States *(See instructions)*

☐ 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____

☐ 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____
Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. *(See instructions)*

Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9:
An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.

1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____
OR
2. Form I-94 Admission Number: _____
OR
3. Foreign Passport Number: _____
Country of Issuance: _____

QR Code - Section 1
Do Not Write In This Space

Signature of Employee	Today's Date *(mm/dd/yyyy)*

Preparer and/or Translator Certification (check one):

☐ I did not use a preparer or translator. ☐ A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator	Today's Date *(mm/dd/yyyy)*

Last Name *(Family Name)*	First Name *(Given Name)*

Address *(Street Number and Name)*	City or Town	State	ZIP Code

STOP *Employer Completes Next Page* STOP

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name *(Family Name)*	First Name *(Given Name)*	M.I.	Citizenship/Immigration Status

List A Identity and Employment Authorization	**OR**	**List B** Identity	**AND**	**List C** Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date *(if any)(mm/dd/yyyy)*		Expiration Date *(if any)(mm/dd/yyyy)*		Expiration Date *(if any)(mm/dd/yyyy)*
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date *(if any)(mm/dd/yyyy)*				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date *(if any)(mm/dd/yyyy)*				

Additional Information

QR Code - Sections 2 & 3
Do Not Write In This Space

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment *(mm/dd/yyyy)*: _____ ***(See instructions for exemptions)***

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date *(mm/dd/yyyy)*	Title of Employer or Authorized Representative

Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative	Employer's Business or Organization Name

Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

Section 3. Reverification and Rehires *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

A. New Name *(if applicable)*			**B.** Date of Rehire *(if applicable)*
Last Name *(Family Name)*	First Name *(Given Name)*	Middle Initial	Date *(mm/dd/yyyy)*

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date *(if any)* *(mm/dd/yyyy)*

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date *(mm/dd/yyyy)*	Name of Employer or Authorized Representative

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS
All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card		**1.** Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		**1.** A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		**2.** ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		**2.** Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		**3.** School ID card with a photograph		**3.** Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350)
4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		**4.** Voter's registration card		**4.** Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal
5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: **a.** Foreign passport; and **b.** Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form.		**5.** U.S. Military card or draft record		**5.** Native American tribal document
		6. Military dependent's ID card		**6.** U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card		**7.** Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
		8. Native American tribal document		**8.** Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority		
		For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:		
		10. School record or report card		
		11. Clinic, doctor, or hospital record		
		12. Day-care or nursery school record		
6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI				

Examples of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Autorización Para Depósito Directo

Nombre Del Empleado	**Ultimos 4 digitos del # de Seguro Social:**
Firma Del Empleado ** **Fecha:**	**Numero de Telefono:**
Nombre de la Compania	**Correo electronico:**

** Autorizo y solicito que el saldo neto de mis pagos otorgados se depositen automáticamente en mi cuenta bancaria que índico a continuación o a mí Global Cash Card (GCC), o que me cobren la tarifa de $5 por cheque, para recibir un cheque en vivo. Acepto la responsabilidad por la devolución o invertir el depósito de cualquier cantidad que se acredite indebidamente a mi cuenta bancaria. En caso de incumplimiento, CBR podrá declararme deudor. Esta autorización permanecerá activo hasta que yo lo cancele por escrito. Autorizo a CBR que me mande por correo electrónico mi talón de cheque a la dirección de correo electrónico que he proporcionado arriba y entiendo que voy a necesitar mi número de seguro social (sin guiones) para abrir el PDF/talón electrónico. **Por favor permita 14 a 21 días para que los depósitos directos sean activados**. Todas las cuentas deben pasar por un proceso de nota previo para verificar la información de la cuenta(s). Este proceso permite que los errores sean capturados antes de que las cuentas personales se vean afectadas.

POR FAVOR SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

A → ☐ **DEPOSITO DIRECTO EN MI CUENTA BANCARIA PERSONAL**

Nombre del Banco	*Numero de Transito ABA	Number de Cuenta	Tipo de Cuenta Cheques/Ahorros	Cantidad de deposito o %

*Debe de ponerse en contacto con su institución financiera para la verificación del numero de transito bancario. Si esta información es incorrecta, la solicitud no puede ser procesada.

Incluya un cheque anulado y/o una carta de la institución bancaria que incluya el numero de transito ABA y número de cuenta. Si tiene más de una cuenta a la que guste depositar, incluya todas las que apliquen.

B → ☐ **DEPOSITE EN LA TARJETA DE EFECTIVO DE CBR (GLOBAL CASH CARD)**

_____ Iniciales — Entiendo que recibiré la tarjeta pre-pagada ATM Global Cash Card y el Acuerdo Titular de la Tarjeta y Divulgación, que describe los términos y condiciones de la tarjeta, incluyendo todos los cargos asociados con el uso de la tarjeta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a CBR si no recibo el acuerdo.

_____ Iniciales — Entiendo que mi talón de cheques estará disponible para ver e imprimir por correo electrónico y la información de cuenta se puede acceder en línea o poniéndose en contacto con el servicio al cliente. La información de contacto se incluye en el acuerdo del titular.

_____ Iniciales — Entiendo que la tarjeta prepagada de Visa será enviada por correo a mi casa. Es mi responsabilidad notificar a CBR si no recibo la tarjeta dentro de los 14 días de mi primer cheque de pago.
** Los empleados pueden solicitar varias tarjetas como una tarjeta para su esposo/a **

C → ☐ **CHEQUE EN VIVO (CHEQUE EN PAPEL)**

Mi firma arriba autoriza a CBR deducir $5 de mi cheque cada periodo de pago. Entiendo que mi cheque en vivo será enviado por correo a mi dirección de casa cada periodo de pago. Es mi responsabilidad que CBR tenga mi mas reciente dirección de casa.

Forma de Autorización para el Club Festivo

_____ _____

Nombre del Empleado # de Seguro Social

Deducción total de Club Festivo para todo el año_____.

Deducción por cada periodo de pago_____.

Entiendo que esta deducción no es una deducción de "antes de impuestos" y será mantenida en una cuenta de ahorros de CBR. Entiendo que puedo enrolar en cualquier momento entre Enero y Septiembre.

Entiendo que la cantidad total de mis deducciones asta la fecha de 31 Octubre, más el interés del 1%, me será vuelta antes de El Día de Dar Gracias (Thanksgiving). Si solicito un retiro temprano, entiendo que pierdo todo el interés en todos mis ahorros por el año entero del programa y yo seré cobrado un honorario de $5 administraciones. Las cancelaciones y retiros tempranos deben ser sometidas por escrito.

He leído y entiendo la información antedicha sobre el club Festivo.

_____ _____

Firma del Empleado Fecha

CLUB DE VACACIONES FORMA DE AUTORIZACIÓN

_____ _____

Firma del Empleado Fecha

Deducción total para vacaciones para todo el año_____.

Deducción por cada periodo de pago_____.

Entiendo que esta deducción no es una deducción de "antes de impuestos" y será mantenida en una cuenta de ahorros de CBR. Entiendo que puedo enrolar en cualquier momento.

Entiendo que la cantidad total de mis deducciones asta la fecha de 30 de Abril, más el interés del 1%, me será vuelta antes del 31 de Mayo. Si solicito un retiro temprano, entiendo que pierdo todo el interés en todos mis ahorros por el año entero del programa y yo seré cobrado un honorario de $5 administraciones. Las cancelaciones y retiros tempranos deben ser sometidas por escrito.

He leído y entiendo la información antedicha sobre el club de vacaciones.

_____ _____

FIRMA DEL EMPLEADO FECHA

Por favor Mantenga las Siguientes Pólizas para Su Archivo personal

CONTRATO LABORAL

Este Contrato Laboral (en este se le llamará "Contrato") se efectúa entre Creative Business Resources, ("Patrón") y el que suscribe, ("Empleado").

En vista que, el Patrón conduce sus negocios como una Organización Profesional Laboral y mantiene una oficina sucursal en Phoenix, Arizona, y

En vista que, el Patrón sobre la base del contrato, proporciona empleados a sus Clientes, y

En vista que, el Patrón desea tener los servicios del Empleado, y

En vista que, el Empleado está dispuesto a recibir empleo de parte del Patrón y a ser asignado a trabajar para uno o más de los Clientes del Patrón;

Tomando en cuenta lo antes mencionado y las promesas mutuas, las partes acuerdan lo siguiente:

1) **EMPLEO.** El Patrón empleará al Empleado para efectuar trabajo a cambio de compensación como es acordado, entre el Patrón y el Empleado, en ocasiones. El Empleado acepta y está de acuerdo con tal empleo, sometiéndose a la supervisión general, consejo y dirección del Patrón y del personal de supervisión del Patrón., y cualquier cliente del Patrón al que el empleado sea asignado ("Cliente Asignado")

2) **ESFUERZOS DEL EMPLEADO**. El Empleado acuerda ejecutar fielmente, diligentemente y con toda su habilidad, experiencia y talento, todos los deberes que podrían ser necesarios por los términos expresados e implícitos de este Contrato, para satisfacción razonable del Patrón o de los clientes del Patrón.

3) **TÉRMINO**. El término de este acuerdo comenzará la fecha eficaz de este acuerdo y continuará hasta que sea terminado por Employer la compañia, cliente asignado, o el empleado, esto es con la relación del empleo de la voluntad ("término").

4) **COMPENSACION LABORAL**. Si emplean al empleado actualmente con un cliente asignado y el empleado continúa siendo asignado a ese cliente, compensarán al empleado en la tarifa actual del empleado. Si el cliente es actualmente no-asignado o es reasignado, compensarán al empleado en la tarifa descrita en la forma de la disposición del empleado, que es incorporada por este medio por la referencia. El índice del empleado de la remuneración se puede repasar y ajustar periódicamente en la discreción razonable del patrón y/o del cliente asignado.

5) **CALIFICACIONES**. El Empleado por medio de éste representa que él / ella posee todos los grados educacionales, licencias o certificaciones necesarias para desempeñar el trabajo del empleo que ha aceptado, y que todas las aseveraciones ya sean necesarias o no para el desempeño de este trabajo, son correctas y verídicas.

6) **CONFIDENCIALIDAD.** El Empleado reconoce que los clientes del Patrón tienen o tendrán información respecto a lo siguiente: invenciones, productos, precios, aparatos, costos, descuentos, planes futuros, asuntos de la empresa, procesos, secretos de fabricación, asuntos técnicos, listas de clientes, diseños de productos, derechos de autor y otra información vital (en conjunto, "Información"), valiosa, bienes especiales y únicos del Cliente. El Empleado está de Contrato a que en ningún momento o de ninguna forma, directa o indirectamente, divulgará, revelará o comunicará de ninguna manera cualquier tipo de Información a terceras partes sin consentimiento previo, por escrito, de parte del Cliente. El Empleado protegerá la Información y la tratará como estrictamente confidencial. Una infracción de parte del Empleado de este párrafo será contravención substancial de este Contrato y justificará desagravio legal y/o equitativo.

7) **DEBERES NO CONFLICTIVOS.** El empleado confirma por este medio que el empleado está bajo ningunas comisiones contractuales contrarias con las obligaciones del empleado dispuestas en este acuerdo, y que durante el término de este acuerdo, el empleado dedicará los esfuerzos a tiempo completo del empleado al negocio del patrón y cliente asignado y no rendirá o realizar servicios, o entre en cualquier contrato para hacer así pues, para a cualquier otra corporación, firma, entidad o persona que sean contrarias con las provisiones de estas obligaciones fiduciarias del acuerdo o del empleado al patrón o al cliente asignado.

8) **ANTI-PIRATERIA.** El empleado esta de acuerdo que, durante el período de la Contra-Piratería, el empleado no , directamente o indirectamente, individualmente, con otros, o en ayuda otros, o como un accionista, un director u oficial de una corporación, socio de cualquier sociedad, o como un empleado, un agente, o consejero de cualquier negocio o entidad, que proporcionen los productos o los servicios que son competitivos con ésos proporcionados por Cliente(s) asignado

   i) Cualquier consumidor, usuario, cliente o prospecto de cliente con quien el empleado haya tenido contacto alguno durante el término de empleo con el Cliente, directa o indirectamente para dejar o finalizar su relación con el Cliente o de ninguna forma alentará la terminación de cualquier contacto u otro tipo de relación comercial entre el Cliente y sus consumidores.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

ii) pide o sugiere a cualquier cliente del cliente asignado con quien el empleado tuviera cualquier implicación durante los doce (12) meses que precedían la fecha de la terminación del empleo del empleado con el cliente asignado, ese tal cliente considera el poner o el mover de una orden, o todo o una porción su negocio, a un surtidor o a una distribuidor con excepción de cliente asignado; y/o;

iii) solicita, mantiene o vende a, ayuda en la solicitación, el mantenimiento o la venta, u oferta para proporcionar mercancías y/o los servicios, cliente asignado actual o anticipado del cliente, o cualquier empleado del cliente asignado actual o anticipado del cliente, localizado dentro de los condados en que están situados, a los clientes asignados del cliente y a los clientes anticipados.

9) **ENFORCAMIENTO.** El empleado reconoce que cualquier violación de este acuerdo puede dar razón a la terminación inmediata del empleo del empleado con el patrón y/o de la asignación con el cliente asignado y puede sujetar a empleado a una acción civil para los daños del dinero de la compañía y/o del cliente asignado para cualquiera y todas las pérdidas sostenidas como resultado del acceso desautorizado de cualquier información confidencial o de otras acciones que practiquen una abertura cualquier disposición de este acuerdo o de cualquiera de los convenios contenidos adjunto. El empleado reconoce a ese patrón y/o los remedios del cliente asignado en la ley pueden ser inadecuados y ese patrón y/o cliente asignado tendrán el derecho de buscar la relevación prescriptita además de cualquier otro remedio disponible para él. Si el empleado practica una abertura este acuerdo o cualquiera de los convenios contenidos adjunto, el patrón y/o el cliente asignado tiene el derecho de intentar la emisión de una prescripción corte-pedida así como cualquiera y el resto de remedios y de los daños, para obligar la aplicación de los términos indicados adjunto. Esta disposición con respecto a la relevación prescriptita, sin embargo, no disminuirá el derecho del patrón y/o del cliente asignado a la demanda y no recuperará daños además de la relevación prescriptita. Si la acción legal es necesaria hacer cumplir este acuerdo, el empleado será responsable de patrón y/o honorarios y costes del cliente de los ' del abogado razonable asignado de s.

10) **DOCUMENTACION DE TRABAJO.** El Empleado acuerda colaborar en la preparación y mantenimiento de un registro exacto de asistencia y de rendimiento, incluyendo la mantención de registro exacto de horarios y actualizando cambios en las calificaciones de los empleados. El incumplimiento de los requisitos de mantención de un registro de horarios y asistencia de la empresa Cliente, sería base para la terminación de este Contrato.

11) **DEVOLUCIÓN DE BIENES.** Al terminar este Contrato, el empleado entregará todos los bienes (incluyendo llaves, registros, apuntes, datos, memoranda, modelos, y equipo) que se encuentre en el poder o bajo el control del empleado y que pertenezca al Cliente del Patrón. Cualquier Contrato por separado de confidencialidad o de derechos de propiedad que haya sido firmado por el empleado gobernará tal obligación

12) **AVISO.** El empleado reconoce que el patrón ha proporcionado el aviso del empleado del acuerdo entre el patrón y el cliente asignado con respecto a empleado

13) **CONTRATO POR COMPLETO.** Este Contrato contiene el entendimiento por completo de las partes y no existen otras promesas o condiciones en ningún otro Contrato verbal o escrito. Este Contrato sustituye cualquier Contrato previo, ya sea oral o por escrito que exista entre las partes.

14) **ENMIENDA.** Este Contrato puede ser modificado o enmendado, si la enmienda se efectúa por escrito y con la firma de ambas partes.

15) **EXCLUSIÓN.** Si cualquier estipulación de este Contrato fuese considerado inválida o inejutable por alguna razón, las cláusulas restantes continuarán siendo válidas y ejecutables. Si un tribunal dictamina que alguna cláusula de este Contrato es inválida o inejutable, pero que al limitar tal cláusula se convertiría en válida y ejecutable, esa cláusula debe ser considerada como escrita, entendida y ejecutada como con tal limitación.

16) **RENUNCIA AL DERECHO CONTRACTUAL.** El hecho que al alguna de las partes no ejecute alguna de las cláusulas de este Contrato no deberá ser considerado como una renuncia o limitación del derecho de esa parte a ejecutarla subsecuentemente y obligar el cumplimiento estricto de cada cláusula de este Contrato.

17) **LEY PERTINENTE**. Este acuerdo será gobernado e interpretado y hecho cumplir de acuerdo con los leyes del estado de Arizona. El patrón y el empleado están de acuerdo que el esfuerzo para hacer cumplir cualquier disposición de este acuerdo o para obtener cualquier remedio con respecto a esto se puede traer en corte superior, el condado de Maricopa, Arizona o la corte de distrito de Estados Unidos para el distrito del Arizona, y para este patrón y el empleado del propósito por este medio expreso e irrevocablemente consentimiento la jurisdicción de estas cortes

Patrón: Creative Business Resources
Michael Tope, CEO

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

MEDIO LABORAL LIBRE DE DROGAS

Lo siguiente representa las normas de Creative Business Resources y su Empresa afiliada (a la que en lo sucesivo se llamará "Empresa") respecto al uso indebido de drogas por parte de los empleados. Todos los empleados tendrán que respetar estas normas, tanto los contratados directamente por Creative Business Resources, como los compartidos con la empresa afiliada.

Los objetivos de estas normas son:

- Establecer y mantener un ambiente ocupacional sano para todos los empleados, visitas e invitados.
- Asegurar una buena reputación para la empresa y sus empleados dentro de la comunidad.
- Disminuir el número de lesiones ocupacionales del personal y / o los bienes de la empresa.
- Rebajar el número de ausencias y atrasos para así mejorar la productividad.
- Proporcionar ayuda en la rehabilitación de cualquier empleado que lo solicite.
- Eliminar la responsabilidad, costo y gastos de la empresa por lesiones a personas o daños a los bienes causados por empleados que se encuentran afectados por el uso inapropiado de estupefacientes legales, alcohol, o el uso de estupefacientes ilícitos / inhalantes o substancias prohibidas.

Imposición de estas normas
Los elementos específicos de estas normas son:

- Se prohíbe a todos los empleados el estar bajo los efectos de estupefacientes ilícitos / inhalantes o substancias prohibidas durante las horas laborales.
- Se prohíbe estrictamente vender, usar, tener en su poder, distribuir, entregar o comprar estupefacientes ilícitos / inhalantes o substancias prohibidas dentro del recinto de la empresa o mientras realiza labores en el nombre de la empresa aunque no sea dentro de su recinto. Tal conducta se comunicará a las autoridades.
- El uso, posesión, distribución, venta, entrega o compra de estupefacientes ilícitos / inhalantes o substancias prohibidas durante las horas laborales, dentro o fuera del recinto de la empresa, será causa de despido inmediato.
- No se permite el consumo de bebidas alcohólicas en el recinto de la empresa sin la autorización expresa de la gerencia general; está absolutamente prohibido y será motivo de despido, el encontrarse en estado de ebriedad o embriagarse mientras labora en nombre de la empresa (dentro o fuera del recinto)
- Si se sospecha que algún estupefaciente y / o alcohol, afecta la capacidad del empleado en cumplir con sus obligaciones, menoscaba su capacidad para tomar decisiones, o pone en peligro la seguridad de otros, el supervisor del empleado tomará medidas correctivas de inmediato. El empleado deberá cesar todo contacto con otros empleados, someterse a un análisis de drogas, la empresa proporcionará transporte para llevar a cabo el análisis y transportará al empleado a su casa.
- No se permite traer medicamentos que han sido recetados para otro empleado al recinto de la empresa; tales medicamentos serán usados solamente por el empleado a quien le fue recetado, de la manera y en la cantidad indicados. Se solicita que el empleado avise a su supervisor si necesita tomar alguna medicina, con o sin receta, por razones médicas, que le podría afectar su comportamiento y desempeño. Si el uso de tal medicina afecta el desempeño de sus labores, se podrá pedir una evaluación médica y suspender temporalmente sus labores. Cuando se encuentra bajo este tipo de licencia, el empleado puede tener derecho al tiempo libre con paga, que le corresponda.
- Si el abuso del alcohol, estupefacientes ilícitos/ inhalantes, substancias prohibidas o recetadas tiene como resultado el ausentismo, atrasos excesivos, causa accidentes ocupacionales, o desempeño inferior o insatisfactorio de labores relacionadas con su puesto, se le podrá pedir que ingrese a un programa de tratamiento o rehabilitación apropiado tanto para alcohol como para drogas/ substancias prohibidas. Incumplimiento de tal programa es motivo de despido.
- Cualquier empleado que sea condenado, se declare culpable o nolo contendere a alguna contravención de las leyes penales municipales, del condado, estatales o federales, relacionadas con narcóticos o alcohol, deberá informar a su supervisor o Creative Business Resources dentro de los dos (2) días siguientes a la condena o declaración de culpabilidad. Si el empleado no comunica alguna condena penal como se describe en este párrafo, se tomarán medidas disciplinarias y es motivo de despido.
- En lo que se refiere a estas normas, una bebida alcohólica es una que contiene alcohol.
- Drogas significan sustancias, que no son alcohol, capaces de cambiar el humor de un individuo, la capacidad de sentir dolor o juicio; una droga recetada es una substancia recetada por un practicante médico con licencia, para ser consumida por un individuo. Un estupefaciente es cualquier droga o substancia vedada por la ley.

Se define "sustancia prohibida" como aquellas incluidas en las Listas I al V del Artículo 202 de la Ley Federal de Substancias Prohibidas, 21 U.S.C. artículo 812, incluyendo entre otros, marihuana, hashish, cocaína (incluyendo "crack", "ice", y otros derivativos de la cocaína), morfina, heroína, anfetaminas, y barbitúricos.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

Acción disciplinaria

- No obstante lo estipulado en estas normas, queda a discreción de la empresa las medidas disciplinarias que se impondrán al empleado que contravenga esta regla. Cada empleado debe saber y recordar que una de las medidas disciplinarias que la empresa puede tomar en consideración e imponer en caso de contravención de esta regla es el despido.

Medidas para el cumplimiento de estas normas

Para poder implementar y verificar el cumplimiento de estas normas, la empresa está dispuesta a solicitar que los empleados se sometan a una prueba para determinar el uso de drogas de vez en cuando. Un empleado podrá someterse a una prueba para determinar el uso de drogas/alcohol bajo las siguientes circunstancias: 1) después de un accidente ocupacional; 2) si se le observa consumiendo una substancia prohibida en el trabajo; 3) Al Azar 4) cuando muestra una grave y prolongada rebaja de su productividad; 5) si la empresa tiene una sospecha razonable como base para que el empleado se someta a la prueba; 6) como condición inicial de empleo; o 7) para cumplir con el requisito del Departamento de Transporte (DOT) para los empleados con licencia comercial para conducir (CDL).

Además, si la empresa tiene sospecha razonable, el empleado deberá permitir el registro de cualquier vehículo de la empresa que use para asuntos relacionados con su trabajo, su escritorio, fichero, gaveta, ropa u otro equipo o materiales proporcionados por la empresa.

También se puede, al azar, seleccionar periódicamente a un empleado, que sea escogido de una agrupación de todos los empleados actuales, para que se someta a una prueba para determinar el uso de drogas o alcohol.

El empleado que no pase o rehúse someterse a la prueba para determinar el uso de drogas y alcohol, o a un registro como se indicó anteriormente, se expondrá a medidas disciplinarias las cuales pueden incluir el despido.

Un posible candidato para trabajo que no pase o rehúse a someterse a la prueba para determinar el uso de drogas o alcohol, no será tomado en cuenta para empleo con la empresa.

Rehabilitación por Alcohol o Drogas

Se anima a cualquier empleado que sienta que tiene una adicción o dependencia al alcohol o drogas que pida ayuda. Estas solicitudes se mantendrán en forma confidencial. Para obtener tratamiento, el empleado debe dirigirse por escrito y confidencialmente, o solicitar una cita personal con un representante de Creative Business Resources para obtener una recomendación para tratamiento.

No obstante lo estipulado en estas normas, la rehabilitación en sí es responsabilidad del individuo; un empleado que solicite asistencia médica por alcoholismo o adicción a drogas, si participa en el plan de seguro de salud compartido de la empresa, puede tener derecho a beneficios.

Un empleado que voluntariamente solicita rehabilitación por alcohol o drogas antes del momento en que él/ella contravenga esta regla, o en situaciones en que se determina que lo mejor para la empresa es la rehabilitación, se le podrá conceder licencia para rehabilitación de acuerdo con las reglas de licencia médica. El empleado deberá tener por lo menos un año de servicio en la empresa, calificar para licencia médica y familiar, y mantener contacto regular como se ha definido previamente con su supervisor para tener derecho a seguir trabajando. Además deberá proporcionar certificado de inscripción continua en el programa de tratamiento.

Incumplimiento del programa de tratamiento de parte del empleado antes de ser dado de alta en la forma debida, es motivo de despido.

Al terminar con éxito el programa de rehabilitación, el empleado podrá volver a estado activo, sin pérdida de sueldo o antigüedad, dependiendo en las reglas respecto a licencia médica de la empresa. Para beneficio del empleado, se exigirá un informe de parte de la agencia de rehabilitación en la que indica que el volver al trabajo no pondrá en peligro el bienestar del empleado ni creará riesgos para el empleado, visitas o invitados.

La empresa no es responsable ni está obligada a garantizar la remuneración o beneficios de ningún empleado excepto por lo indicado expresamente en estas reglas.

Pruebas al azar

Los puestos que se someterán a pruebas al azar para determinar el uso de drogas son:

- Todos los puestos de la empresa.
- Ningún puesto será exento

Poner en práctica de las pruebas al azar

Para poner en práctica el programa de pruebas al azar Recursos Humanos tendrá que:

- Asegurar que los medios de selección al azar permanecen constantes en cuanto a la forma o método usado para determinar los candidatos
- Evaluar periódicamente si tanto el número de empleados que se someten a la prueba como la frecuencia en que se administra la prueba, cumple con el deber de la empresa de ofrecer un medio laboral libre de drogas.
- Usar una tercera persona para seleccionar al azar los empleados que deberán someterse a la prueba.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

Método para pruebas al azar
Todos los empleados actuales de la empresa se someterán a pruebas al azar en cada ocasión.

Se hará un sorteo mensual para determinar:

- Si se harán pruebas ese mes.
- Cuantas pruebas se harán ese mes.
- Cada mes se sorteará un porcentaje de 0% a 5% para determinar el número total de empleados que deberán someterse a prueba ese mes.
- La fecha a realizar la prueba será escogida al azar de los días hábiles en el mes que deberá hacerse.
- Los empleados seleccionados al azar, para someterse a la prueba, serán identificados por medio del número de seguro social o número de identificación de empleados. La lista será entregada, confidencialmente, al Gerente de Relaciones Laborales por la tercera persona.

Aviso de Selección
Tanto el individuo seleccionado para la prueba al azar, como su supervisor inmediato, recibirá notificación el mismo día que se ha fijado la prueba, preferiblemente, dentro de cuatro horas de la hora fijada para la misma. El supervisor le explicará al empleado que él no se encuentra bajo sospecha alguna sino que su nombre fue escogido al azar.

Coordinador de la Prueba
Todas las pruebas de drogas/alcohol serán administradas por un laboratorio certificado o por la agencia médica que administre el tratamiento de primeros auxilios después de un accidente ocupacional.

Postergación de la prueba
Un empleado que es seleccionado al azar para una prueba de drogas puede obtener una postergación si su supervisor directo y el gerente concuerdan en que existen causas de fuerza mayor ya que el empleado está: 1) ausente con licencia (por enfermedad, vacaciones, licencia médica o sin paga); o 2) de viaje oficial por parte de la empresa o a punto de partir en un viaje oficial que estaba programado desde antes de la notificación de la prueba.

El empleado al que se concede la postergación será sometido a una prueba sin aviso dentro de 60 días.

Resultados positivos
En caso de que haya un resultado positivo a la prueba, lo que indica uso de drogas o substancias prohibidas, se enviará la muestra a análisis adicionales para confirmar y verificar el resultado inicial. Si la segunda prueba resulta positiva, el empleado se someterá a las medidas disciplinarias que se indican en estas normas. El empleado tiene derecho a obtener los resultados por escrito y a explicar el resultado positivo, en forma confidencial.

Pruebas por sospecha razonable
Bases
Entre otras cosas, la prueba por sospecha razonable puede basarse en:

- Fenómenos observables, tales como observación directa del uso o posesión de drogas, y/o síntomas físicos de encontrarse bajo la influencia de algún estupefaciente;
- Un tipo de comportamiento irregular y anormal;
- Un arresto o condena por alguna ofensa relacionada con drogas, o si al empleado se le identifica como el enfoque de alguna investigación penal por posesión, uso o tráfico de drogas;
- Por información proporcionada por alguna fuente fidedigna y convincente o que ha sido corroborada independientemente; o
- Descubrimiento de nueva prueba que el empleado ha alterado previamente algún análisis de drogas.

Aunque la prueba por sospecha razonable no precisa certeza, las "corazonadas" no son suficiente para cumplir con estas normas.

Procedimientos
Si se sospecha que un empleado usa algún estupefaciente, el supervisor apropiado reunirá toda la información, los hechos y circunstancias que causaron esta sospecha y la afirman.
Cuando Recursos Humanos está de acuerdo que se ha llegado a una determinación de sospecha razonable, el supervisor del empleado rápidamente preparará un informe por escrito en el que se detallarán las circunstancias bajo las cuales se basó la justificación de la prueba. Este informe debe contar con las fechas y horas apropiadas de los incidentes relacionados, fuentes fidedignas y convincentes de información, razón fundamental para la prueba, y las medidas tomadas.

Confidencialidad
La empresa exige que todos sus empleados traten los resultados de pruebas de drogas como documentos médicos confidenciales, sólo se pueden entregar al personal administrativo de Creative Business Resources y supervisores dentro de la línea de jerarquía del empleado que se ha sometido a la prueba. Además, los resultados pueden ser entregados a la compañía de seguro industrial en caso que la prueba se realice a como resultado de un accidente ocupacional. No se mantendrán datos por escrito en la ficha del empleado en la empresa. Los resultados de las pruebas no serán entregados a ninguna persona u organización fuera de la empresa con la excepción de lo antes mencionado.

A todos los empleados:

Para esta compañía, la salud y seguridad personal de cada empleado es de suma importancia. Siempre se dará más importancia a la prevención de lesiones en el trabajo que a la productividad de las labores. La gerencia proporcionará las instalaciones físicas y mecánicas que se requieran para mantener los niveles más altos de salud y seguridad personal.

Se mantendrá un programa de salud y seguridad conforme a la práctica de organizaciones de este tipo. Para el éxito de este programa se deberá contar con la participación y cooperación de los empleados y supervisores al igual que con los empleados entre sí, en todos los asuntos relacionados con la salud y seguridad personal de todos. Por medio de un esfuerzo conjunto se puede establecer y mantener el mejor nivel de seguridad para todos.

Nuestro programa de salud y seguridad incluirá:

En todo lo que sea posible, la implementación de resguardos físicos y mecánicos.

- El llevar a cabo un programa de inspecciones para buscar y eliminar condiciones laborales que no sean sanas o seguras, para controlar los riesgos a la salud y para cumplir completamente con las normas de salud y seguridad de cada trabajo.
- El enseñar buenas practicas de salud y seguridad a todos los empleados.
- El proporcionar todo equipo de protección personal que sea necesario junto con las instrucciones para su uso y cuidado.
- El promover y hacer cumplir las reglas de seguridad y el ordenar que los empleados cumplan con estas reglas como condición de empleo.
- El investigar en forma pronta y completa todo accidente para averiguar su causa y corregir el problema para que no vuelva a suceder.

Sabemos que la responsabilidad por la salud y seguridad es compartida:

- La administración es responsable, y acepta la responsabilidad de lider en el programa de salud y seguridad, por su efectividad y perfeccionamiento, al igual que de proporcionar los resguardos necesarios para asegurar condiciones de seguridad en el trabajo.
- Los supervisores son responsables por fomentar las actitudes apropiadas teniendo como meta la salud y seguridad de sí mismos al igual que la de los que tienen bajo su supervisión y de asegurarse que todas las funciones se llevan a cabo siempre considerando la salud y seguridad de todo el personal implicado, incluyendo ellos mismos.
- Los empleados son responsables por rendir una cooperación genuina y de todo corazón en todos los aspectos del programa de salud y seguridad, incluyendo el cumplimiento de todas los reglamentos. Además, mientras efectúan sus deberes, son responsables de practicar los régimenes de seguridad establecidos.

RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADO

Cada empleado es responsable de su propia seguridad al igual que de la de sus compañeros. Por medio de la familiarización de cada empleado con los peligros de su trabajo y haciendo lo que sea necesario para lograr su seguridad personal, es lo que permite que nuestra empresa logre las condiciones de seguridad en el trabajo que se merecen todos sus miembros.

Nuestra compañía espera que cada empleado, sin tomar en cuenta su puesto dentro de la empresa, coopere en todo aspecto con el programa de seguridad. Por lo tanto, es necesario que cada empleado:

- Entienda y practique las reglas de seguridad pertinente a sus labores para que el / ella no se ponga en peligro a sí mismo/a, compañeros de trabajo o clientes.
- Informe a su supervisor, inmediatamente, toda herida, lesión o incidente relacionada con el trabajo, sin tomar en cuenta lo menor que sea.
- Use el equipo personal de protección asignado. Mantenga el equipo para asegurarse que se encuentra en pleno funcionamiento.
- Use solo el equipo, las herramientas y maquinaria para la cual el/ella se encuentra calificado/a y autorizado/a para operar.
- Informe a su supervisor de forma inmediata de cualquier situación o procedimiento arriesgado que pueda causar heridas o lesiones.

REGLAS GENERALES DE SEGURIDAD

Es nuestra política hacer todo lo que sea posible por proteger de accidentes a los empleados, clientes y visitas. Seguridad es una tarea cooperativa que necesita la participación de cada empleado. El incumplimiento de las reglas de seguridad por parte de cualquier empleado será base para acción disciplinaria. Los supervisores insistirán en el cumplimiento de las reglas y normas de seguridad y tomarán las medidas del caso, si fuese necesario.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

Para implementar esta política, los empleados deberán:

- Notificar a su supervisor o coordinador de seguridad de condiciones peligrosas o equipo poco seguro.
- Notificar inmediatamente a su supervisor o coordinador de seguridad cualquier accidente, lesión o enfermedad.
- Se prohíbe el uso o posesión de bebidas embriagantes, drogas, armas de fuego sin autorización, o cualquier otro tipo de armas en el trabajo. Lo contrario podría resultar en el despido inmediato.
- Se prohíbe el chacoteo, forcejeo u otros acciones que pudiese tener influencia adversa en la seguridad y el bienestar de los empleados.
- Todos los medios de salida se mantendrán sin obstrucción, bien iluminados y sin llave durante horas de trabajo.
- En caso de incendio, ponga a los otros sobre alerta (haga sonar la alarma de incendio si hay una disponible) y evacue.
- Al escuchar la alarma de incendios, deje de trabajar y diríjase a la salida más cercana. Reúnanse en el lugar designado.
- Solo los trabajadores capacitados para hacerlo pueden tratar de responder a un incendio u otra emergencia.
- Las escalas deben mantenerse sin artículos que puedan tropezar y no deberá usarse para guardar combustibles, las áreas bajo las escalas que se consideran medios de salida.
- No se debe guardar equipo o materiales contra las puertas o salidas, roceadores contra incendios y extinguidores de incendios.
- Los pasillos se deben mantener libres en todo momento.
- Estaciones de trabajo debe mantenerse ordenada; la basura debe depositarse en los basureros designados.
- Siempre debe usar la técnica apropiada para levanter peso, por ejemplo: doble las rodillas, tome firmemente la carga, luego levante la carga usando sus piernas y manteniéndose cerca del cuerpo. Nunca trate de levantar o empujar ningún objeto que sea muy pesado. Póngase en contacto con su supervisor cuando necesite ayuda para levantar un artículo pesado.
- Nunca ponga materiales peligrosamente encima de gabinetes, archiveros u otros lugares de altura.
- Cuando se acarrea materiales, se debe tener cuidado y evitar obstrucciones, materiales sueltos, etc.
- No amontonar materiales en forma instable.
- Notificar de inmediato si se observa cables o cordones al descubierto que estén deshebrados o tienen aislamiento en deterioro para que puedan ser reemplazados o reparados de inmediato.
- Todos los derrames deben limpiarse inmediatamente.
- Nunca use una escalera de metal cuando pudiere llegar a estar en contacto con partes eléctricas de equipo, instalaciones fijas, o conductores de circuito.
- Mantener suficiente acceso y espacio de trabajo alrededor de todo equipo eléctrico para permitir operación y mantención en forma libre y segura.
- No usar ningún tipo de herramientas o equipo eléctrico portátil que no esté conectado a tierra o aislado.
- Todo equipo eléctrico debe ser enchufado en los enchufes de pared apropiados o en solo un cable de extensión de tamaño y capacidad similar. Se debe usar enchufes de tres patas para asegurar la continuidad de la conexión a tierra.
- Todos los cables que se encuentren en lugares transitados deben ser cubiertos con adhesivo o insertados en un tubo de goma para evitar el peligro de tropiezo.
- Inspeccionar diariamente o en forma previa al uso, todo vehículo motorizado y equipo mecanizado.
- Apagar el motor, poner los frenos, y bloquear las ruedas antes de cargar o descargar los vehículos.
- Inspeccionar las paletas para asegurarse de su entereza y estabilidad antes de cargarlas o descargarlas.
- No almacenar cilindros de gas comprimido en lugares donde se encontrarían expuestos al calor, arcos eléctricos o líneas de alta temperatura. Los cilindros deben mantenerse en en posición derecha.
- No usar aire comprimido para limpiarse la ropa.
- Averiguar el contenido de los conductos antes de comenzar cualquier tipo de trabajo que afecte la integridad del ducto.
- Usar protección para los oídos en todo lugar en el que se exponga a alto ruido.
- Se debe usar protección para la vista y cara antes de moler, pulir o esmerilar.
- No usar herramientas defectuosas o muy usadas.
- Cuando no se encuentre en uso, se debe siempre mantener en envases cerrados todo producto químico inflamable o tóxico.
- No comer, beber o fumar en lugares donde se encuentren productos químicos peligrosos.
- Esté alerta a los posibles peligros que existen con los distintos productos químicos que se guardan o se usan en el trabajo.
- Productos de limpieza deben guardarse lejos de los artículos alimenticios en las repisas de la cocina.
- Se debe guardar diluyentes de limpieza y líquidos inflammables en los envases adecuados.
- Todo producto químico debe mantenerse en envases debidamente rotulados.
- Nunca se debe dejar abiertos cajones inferiores de escritorio o de gabinetes que podrían presentar un peligro de tropiezo. Use mucho cuidado al abrir y cerrar cajones para evitar el aplastarse los dedos.
- No abrir más de un cajón a la vez; especialmente los dos cajones superiores de ficheros altos.
- Se deben mantener alejados de materiales combustibles, tales como cortinas o basura de canastos de basura, todos los calefactores individuales que se usen en el trabajo. Se debe usar calefactores modernos que vienen equipados con interruptores en caso de volcamiento. Se debe evitar el uso de calefactores a gas. Los calefactores a gas que sean aprobados deben mantenerse ventilados y equipados con dispositivos de emergencia.
- Se debe mantener todo artefacto, como cafeteras u hornos de micro-onda, funcionando en forma apropiada y evitar cordones gastados o exceso de uso.
- Siempre se debe usar la herramienta necesaria para cada tipo de trabajo. Solo úselas cuando sea autorizado

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

FORMULARIO DEL EMPLEADO PARA SUGERENCIAS SOBRE LA SEGURIDAD

Este formulario es para el uso de los empleados que deseen proporcionar sugerencias sobre seguridad o informar sobre una condición o práctica peligrosa del sitio de trabajo.

Describa la condición o práctica peligrosa:_____

_____

Causas u otros factores contributorios:
_____

_____

Sugerencias para mejorar la seguridad:
_____

_____

El supervisor ha sido informado de este asunto? Yes ____ No ____

Nombre del empleado (opcional): _____

Fecha: _____

Se avisa a los empleados que el uso de este formulario u otros informes de condiciones o prácticas peligrosas están protejidos por ley. Que el patrón tome alguna medida de represalia en contra del empleado por ejercitar sus derechos y participar en comunicaciones respecto a la seguridad, es ilegal.

¡ATENCIÓN!

SI SUFRE ALGUNA LESIÓN EN EL TRABAJO AVISE A SU SUPERVISOR ¡INMEDIATAMENTE!

SI USTED NO NOTIFICA A SU SUPERVISOR DE INMEDIATO, PUEDE NO CALIFICAR PARA LOS BENEFICIOS DEL SEGURO INDUSTRIAL.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

Creative Business Resources desea proporcionar una atmósfera de trabajo que es placentera, profesional y sin intimadación, hostilidad u otras ofensas, las cuales podrían interferir con el desempeño laboral. Acoso de cualquier tipo – verbal, físico, o visual – no será tolerado, en particular si es en contra de empleados que pertenecen a clases que se encuentran bajo protección. Estas clases no están necesariamente limitadas por raza, color, religión, origen, ancestro, incapacidad, condición médica, estado civil, estado militar u cualquier otra categoría protejida por la ley.

¿Qué constituye acoso?
Acoso en el trabajo puede tomar distintas formas. Puede ser pero no está limitado por palabras, señales, chistes ofensivos, caricaturas, afiches, chistes por correo electrónico, bromas, intimidación, agresión, contacto físico, o violencia. El acoso no es necesariamente de tendencia sexual. Puede tomar el aspecto de otro tipo de actividad vocal, lo que puede incluir declaraciones derogatorias que no sean dirigidas al individuo el cual es el blanco sino que se hacen para que sean oídas por la persona. Otra conducta que es prohibida incluye material escrito tales como notas, fotografías, caricaturas, artículos de naturaleza hostigadora u ofensiva, y el tomar acción de represalia en contra de algún empleado por mencionar o quejarse de acoso.

Responsabilidad
Todos los empleados de Creative Business Resources y en particular los gerentes, tienen la responsabilidad de mantener un ambiente laboral libre de acoso. Cualquier empleado que tiene conocimiento de algún incidente ya sea porque fue testigo del mismo o porque recibió información sobre ello, debe reportarlo al supervisor o gerente inmediato o al representante designado por Creative Business Resources. Cuando la administración tiene conocimiento de algún tipo de acoso, está obligada por ley a proceder en forma expedita y apropiada, aunque la víctima no lo desee.

Denuncia
Aunque Creative Business Resources le aconseja que se comunique directamente con el acosador, y le haga saber que el comportamiento es inaceptable, ofensivo o inapropiado, no es obligatorio que lo haga. Sin embargo es primordial que usted notifique a su supervisor o gerente o que se comunique de inmediato con el administrador de Creative Business Resources, Mark T. Blank, llamando al teléfono (602) 200-8500 aunque no esté seguro/a que el comportamiento constituye acoso. Cualquier incidente de acoso debe ser denunciado al gerente o a algún representante de la administración. Se llevará a cabo la investigación apropiada y se tomarán las medidas disciplinarias del caso. Todas las denuncias serán investigadas en forma rápida con la consideración debida para la privacidad de todos los involucrados. Sin embargo, no se puede garantizar confidencialidad. Si se determina que algún empleado a sido causante de algún tipo de acoso en la persona de otro empleado o subalterno podría ser sometido a acción disciplinaria que podría incluir terminación del empleo. Además, Creative Business Resources tomará las medidas adicionales que sean necesarias para
remediar la situación en forma apropiada. No se permitirá ningún tipo de represalias. No se tomará ningún tipo de medidas adversas en contra a cualquier empleado que haga una denuncia de buena fé por un supuesto acoso.

Creative Business Resources no acepta responsabilidad alguna por el acoso de un empleado en la persona de otro. El individuo que hace insinuaciones desagradables, amenaza o de cualquier forma acosa a otro empleado es personalmente responsible por dichas acciones y sus consecuencias.

MANUAL DE CONDUCTA RESPECTO A ACOSO SEXUAL
¿Qué constituye Acoso Sexual?

Es importante notar que el acoso sexual no toma en cosideración los límites de género ni edad y no se atribuye a un ningún grupo en particular. Dentro de las situaciones que no se consideran convencionales, acoso sexual puede ocurrir entre dos hombres o dos mujeres. Por ejemplo el mostrar fotos ofensivas a otro empleado

Generalmente, existen dos categorías de acoso sexual. La primera puede ser definida como intercambio de favores sexuales por una mejora en las condiciones de trabajo o compensación. La segunda categoría, "ambiente laboral hostil, intimidante u ofensivo" puede ser descrito como una situación en la cual avances sexuales importunos, pedidos de favores sexuales, ú otro contacto verbal o físico de naturaleza sexual pueda crear un ambiente intimidante u ofensivo. Ejemplos de ambiente laboral hostil, intimidante u ofensivo pueden ser pero no están limitados a fotos, caricaturas, símbolos o aparatos que se consideren ofensivos y que existen en el lugar de trabajo de un empleado. Este comportamiento no es necesariamente a lo que se refiere la mejora de las condiciones de trabajo a cambio de favores sexuales.

Creative Business Resources prohíbe el que cualquier empleado tome represalias de cualquier tipo en contra de alguien que haya indicado inquietud causada por acoso sexual o discriminación en contra de algún individuo. Creative Business Resources investigará cualquier queja que se presente por acoso sexual y tomará las medidas disciplinarias apropiadas e inmediatas si se determina que existe acoso sexual en algún lugar de trabajo.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

NOTIFICACION DE QUEJA/ACOSO

Este formulario se proporciona para que cada empleado se pueda comunicar con Creative Business Resources si llegase a surgir alguna queja y necesitara o solicitara nuestra asistencia. A continuación describa en detalle la razón de su queja, incluyendo fechas, nombres y testigos.

Nombre del empleado: _____

Empresa: _____

No. Seguro Social: _____

Teléfono: _____

DETALLES DE SU QUEJA/ACOSO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma **Fecha**

ENVIE ESTA QUEJA A:

Grievance Department
Creative Business Resources
1500 E Bethany Home Road, Suite 211
Phoenix, AZ 85021

PARA ATENCIÓN INMEDIATA LLAME A LAS OFICINAS DE CBR (602) 200-8500, FAX (888)294-8763

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

LICENCIA FAMILIAR MEDICA NOTIFIACION DEL EMPLEADO

CBR concederá la ausencia de familia y la licencia médica de acuerdo con los requisitos del estado aplicables a la ley estatal y federal en efecto cuando se concede la licencia. Los beneficios no serán concedidos menores o mayores a lo relevante al estado o las leyes federales. Por favor entre en contacto con a su supervisor tan pronto en cuanto usted este enterado de la necesidad de una ausencia de familia o una licencia médica. Lo que sigue es un resumen de las provisiones relevantes. FMLA requiere a los patrones que proporcionen hasta 12 semanas de licencia sin pago, trabajo-protegido para empleados por ciertas razones familiares y médicas. Los empleados son elegibles si han trabajado para un patrón por lo menos un año, y por 1,250 horas sobre los 12 meses anteriores, y si hay por lo menos 50 empleados a 75 millas de distancia.

Los requisitos de la noticia y la elegibilidad de FMLA serán determinados basado sobre el tamaño de la compañía de cliente y no el del PEO.

El método corporativo de CBR usado para determinar el período de 12 meses durante el cual un empleado puede tomar sus 12 semanas de la ausencia de familia y de la licencia médica es el período de 12 meses que cuenta al revés a partir de la fecha que un empleado utilizó cualquier licencia de FMLA. Cada vez que un empleado toma licencia de FMLA, el derecho restante de la licencia sería cualquier equilibrio de las doce semanas que no se haya utilizado durante inmediatamente antes los doce meses de razones para tomar licencia: El permiso no retribuido se debe conceder por cualquiera de las razones siguientes:

- El cuidado para el niño de los empleados, después del nacimiento, o colocación de adopción de un niño.
- Una condición relacionada con un embarazó.
- El cuidado del esposo-a, hijo o hija, o padre, que tiene una condición seria de la salud; o
- Por una condición seria de la salud que hace al empleado incapaz de realizar su trabajo.
- Para dirigir exigencias militares calificadas

En la opción del empleado o empleador, ciertas clases de licencia pagada se pueden sustituir por permiso no retribuida.

Comunicación previa y certificación médica:

- El empleador tiene hasta 5 días para proporcionar varias notas al empleado
- Se puede requerir al empleado que proporcione aviso anticipado de la licencia y la certificación médica. Tomar de licencia puede ser negado si requisitos no son satisfacías.
- El empleado debe proporcionar aviso previo de 30 días si es previsible.
- El empleado debe conformarse con procedimiento normal de llamar del empleador

Un patrón puede requerir la certificación médica para apoyar la licencia de ausencia debido a una condición seria de salud, y puede requerir en segunda o terceras opiniones (bajo el costo del empleador) y una aptitud para el informe del deber a volver al trabajo.

Ventajas y protección del trabajo:

- Durante la duración de la licencia de FMLA, el patrón debe mantener la cobertura de la salud de los empleados bajo cualquier plan de la salud.
- Al regreso de la licencia de FMLA, la mayoría de los empleados se debe restaurar a su original
- O posiciones equivalentes con paga equivalente, ventajas, y otros términos del empleo.
- El uso de la licencia de FMLA no puede dar lugar a la pérdida de ningún beneficio del empleo que se acrecentó antes del comienzo de una licencia.

FMLA hace ilegal que cualquier patrón:

- Interfiera, refrena, o niega el ejercicio del derecho proporcionado bajo FMLA.
- La descarga o discriminación en contra de cualquier persona para oponer cualquier práctica hecha ilegal por FMLA o para la implicación.

Aplicación:
El departamento de ESTADOS UNIDOS del trabajo se autoriza para investigar y para resolver quejas de violaciones.

Un empleado elegible puede traer una acción civil contra un patrón por las violaciones.
FMLA no afecta ningún federal ni indica la discriminación que prohíbe de la ley, o no reemplaza ningún estado o acuerdo que estipula local del ley o colectivo que proporcione mayor familia o las derechas médicas de la licencia.

Entre en contacto por favor con su supervisor o departamento de los recursos humanos de CBR en 602-200-8500 para una descripción detallada de la familia y de la política médica de la licencia disponible para los empleados.

Por favor mantenga esta forma para su archivo personal

1500 E. Bethany Home Rd. Ste.200 Phoenix, AZ 85014 Telephone (602)-200-8500 or (888) 700-8512 Fax (888)294-8763