

# La Forma de la Información del Empleado Nuevo

Lugar de Trabajo / El Nombre del empleador:



## La SECCION I - Para SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO - POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

\* La nota: El apellido, Nombre, y el Número del seguro social deben emparejar Tarjeta de Seguridad Social

El apellido*		Primero Nombre*		El Inicial mediano	Apodo
El Número del seguro social*		La Dirección actual de la Calle (La residencia mientras empleó)			Código Postal
La ciudad	El estado	El Numero de Teléfono del hogar (Incluya Código de Area)		Otro Teléfono (Incluya Código de Area)	

Si Usted Tiene una dirección de envío Alterno, Indique Abajo. Incluya la Ciudad, el Estado, y el Código Postal Indique por favor:  Dirección de envío  La Dirección W2


### La información del Contacto en caso de emergencia

El nombre	La relación	Número de Teléfono
-----------	-------------	--------------------

### Las FORMAS

Complete y Conecte las Formas Sigüientes

**El fracaso en hacerlo Puede Demorar el Pago de Sueldos y/o Aumentar Sus Impuestos que se Retienen**

La Forma federal W-4  La Forma de Estado W-4 (Si Requirió)  La Elegibilidad del empleo (Forma I-9)

Otra Información Requerida Personal

No Complete esta Información antes de ser ofrecido el empleo

Esta Información se Requiere para Informar de EEOC

La Fecha de nacimiento	Masculino/hembra	el origen étnico: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático	La Posición marital
------------------------	------------------	--	---------------------

La nación de la Ciudadanía	Verifique Todo <input type="checkbox"/> Con desventajas <input type="checkbox"/> El Veterano de Vietnam que se Aplica: <input type="checkbox"/> Ciego <input type="checkbox"/> El Veterano incapacitado
----------------------------	---

Alto - Continúa por favor Con la Forma Próxima

## La SECCION II - Para SER COMPLETADO POR EMPLEADOR - POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

\*\*La NOTA - Designe estas tareas sólo si son usadas con Teamworks. Avise su representante de Teamworks para más información

la Fecha de comienzo / Empleo	<input type="checkbox"/> Jornada completa (40 horas/semana) <input type="checkbox"/> Media Jornada <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Jornada completa Flexible (30-40) <input type="checkbox"/> Estacional / temporario <input type="checkbox"/> El salario	La tasa de paga: _____ Cada <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> Período de Pague	
La frecuencia de pague: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Revista bisemanal <input type="checkbox"/> Mensualmente	Turno**	La ubicación**	
Grupo de Beneficio**	La división**	El Departamento**	El Título del trabajo (Requerido) - Use la Lista engendrada de Teamworks
Próxima Fecha de la Revisión del Desempeño	Ultima Fecha de la Revisión del Desempeño	Ultima Calificación de la Revisión del Desempeño	La Fecha de la Revisión de la Paga neto

### El SUELDO / la ASIGNACION del COSTO - Si la asignación varía cada nómina, tecla de entrada 100% a rebeldías

La ubicación	El departamento	El proyecto/el costo Central	El Título del trabajo	Por ciento

Completado por:	La fecha:.
-----------------	------------