worksite PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO

Worksite, LLC. y subsidiarias ("Worksite") proporciona nómina de pago, declaración de impuestos, beneficios, seguro de compensación al trabajador, gestión de reclamos y otras funciones administrativas para la Empresa Cliente. La Empresa Cliente es responsable del trabajo diario de los empleados.

Sección 1: Detalles de Pago del Empleado - A Completar por el Supervisor/Gerente

Nombre de Empresa cliente _____ DBA _____

Nombre Completo del Empleado _____
Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

Ubicación del cliente (si hay varias) _____ Departamento (si hay) _____

Fecha de Contratación _____ Titulo del Trabajo _____ ID de Empleado (si hay) _____

Código de Comp de Trabajadores _____ Frecuencia de pago: ☐ Semanal ☐ Quincena ☐ Semi Mensual ☐ Mensual

Si no está seguro del código de compensación adecuado, póngase en contacto con su especialista de nomina para ayuda.

Clasificación del Empleado: ☐ Exentos ☐ No Exentos Estado de Empleado: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial

Tipo de Pago Primario: ☐ Salario ☐ Horaria Tarifa de Pago: $ _____ Por _____
(Se deben mantener registros de tiempo.)

Propinas: ☐ No ☐ Si

Comisiones: ☐ No ☐ Si

Pago por Turno: ☐ No ☐ Si Tarifa de Pago: $ _____ Por _____

Trabajo a Destajo: ☐ No ☐ Si Tarifa de Pago: $ _____ Por _____

Otro Tipo: _____ Tarifa de Pago: $ _____ Por _____

IMPORTANTE - EMPRESA CLIENTE TENGA EN CUENTA:

La ley federal requiere que los empleadores deben completar y mantener un formulario completo de verificación de elegibilidad para el empleo (I-9) para cada empleado. Worksite puede proporcionar esta forma, así como las instrucciones y la asistencia en la correcta terminación y mantenimiento del formulario I-9. Es la responsabilidad de la Empresa Cliente de mantener los formularios completos según lo requerido por la ley. Formulario I-9 está disponible en **https://www.uscis.gov/i-9**.

WORKSITE NO CONSERVA LOS FORMULARIOS I-9 COMPLETADOS

Supervisor/Gerente o Representante Autorizado: _____ _____
Firma *Fecha*

Imprimir Nombre: _____ Titulo: _____

Cliente: _____ DBA _____

Sección 2: Informacion de Empleado

Nombre Completo del Empleado _____ Seguro Social #: _____

Apellido *Primer Nombre* *Inicial del Segundo Nombre*

Dirección _____ _____ _____ _____

Ciudad *Estado* *Código Postal*

Correo Electrónico _____ Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Esta impedido de ser legalmente empleado en este país debido a la Visa o el estatus migratorio? ☐ Si ☐ No

Sección 3 – Declaración de EEO

La información voluntaria de esta sección nos ayudará a cumplir con las Oportunidades de Empleo de la Igualdad de Estados Unidos sin tener en cuenta la raza, color, sexo, religión, origen nacional, edad, incapacidad/hándicap, estado civil y cualquiera otra clasificación protegido bajo leyes federales, estatales o locales aplicables.

Género: ☐ Mujer ☐ Hombre

Etnia: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo Hawaianos/Isleños del Pacifico ☐ Asiático
☐ Hispano/Latino ☐ Indio o Alaskan Nativo ☐ Dos o más razas ☐ No prefiero revelar

Sección 4 – Por Favor Lea las Siguientes Instrucciones Antes de Firmar

Yo, el abajo firmante empleado (empleado cubierto), en la consideración de mi contratación por Worksite ("PEO") como empleado de a voluntad, reconoce y acuerda a los acuerdos hechos disponibles para mi revisión en **https://www.worksiteemployee.com/resources/#Forms**. Además, estoy de acuerdo en que un Manual de Empleado está disponible para mí de forma electrónica y reconocer el recibo de dicho manual. Si firmo este formulario y/o completar los trámites individuales utilizados por la PEO y nunca ser aceptado como un empleado cubierto de la PEO, esta forma será nula y la voz y la PEO no tendrá obligación para pagarme o de cualquier manera me tratan como un empleado cubierto.

Además, si el Cliente no me haya reportado mi nómina ala PEO o si debería haber un período de tiempo donde no se reporta mi nómina por dos períodos de nómina de consecutivo sin que el Cliente haya informado a la PEO que estoy en un permiso de ausencia o en un aprobado PTO, vacaciones o licencia por enfermedad, a la extensión permitida por la ley , la PEO no tendrá ninguna obligación conmigo por esos períodos y por lo tanto, yo (el empleado cubierto) ya no está cubierto por la Compensación de Trabajadores y se considera terminado sin ninguna otra notificación requerida.

Acuerdo del Período Introductorio: En la medida permitida por la ley, todos los nuevos empleados, ya (sea a tiempo completo o parcial), están en un estatus introductorio durante sus primeros 90 días de trabajo. En cualquier momento durante este período, ya sea usted o su empleador puede decidir termine su empleo por cualquier razón permitida por la ley. La finalización del Período Introductorion no dará lugar a ningún contrato de empleo por ningún término específico, ni otorgará ningún derecho de empleo adicional a ningún empleado.

Fecha: _____ Nombre Empleado: _____ Firma Empleado: _____

Cliente: _____ DBA _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
Give Form W-4 to your employer.
Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2024

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial	Last name	**(b) Social security number**
Address		**Does your name match the name on your social security card?** If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to *www.ssa.gov*.
City or town, state, and ZIP code		

(c) ☐ **Single** or **Married filing separately**
☐ **Married filing jointly** or **Qualifying surviving spouse**
☐ **Head of household** (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at *www.irs.gov/W4App*.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate . . . . . ☐

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits

If your total income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 $

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . . $

Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here . . . . . **3** $

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . **4(a)** $

(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . **4(b)** $

(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each **pay period** . . **4(c)** $

Step 5: Sign Here

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

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

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

worksite

DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION

EMPLOYEE INFORMATION

Employee Name:
Social Security Number:
Employer:

PLEASE CHECK ONE:

❍ New / Replace existing account on file
❍ Add to existing account on file
❍ Cancel / Stop

COMPLETE FOR DIRECT DEPOSIT

Account 1	Account 2
Bank Name:_____	Bank Name:_____
Routing Number: _____	Routing Number: _____
Account Number: _____	Account Number: _____
❍ Checking ❍ Savings	❍ Checking ❍ Savings
❍ Entire Net Pay	❍ Entire Net Pay
❍ Percentage of Net Pay_____%	❍ Percentage of Net Pay_____%
❍ Specific Dollar Amount $_____	❍ Specific Dollar Amount $_____

Please attach a voided check or deposit slip for verification of bank data.

COMPLETE FOR RAPID PAYCARD

I authorize Worksite to deposit my wages on to my Rapid PayCard. I agree to the terms and conditions of the Rapid PayCard Program including any transaction fees.

Card ID: _____
**Located on the front of the PayCard envelope.*

Select One: ❍ Entire Net Pay ❍ Percentage of Net Pay_____% ❍ Specific Dollar Amount $_____

Please print the address where the Rapid PayCard should be mailed:

Street Address: _____ Apt# _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Home Phone: _____ Date of Birth: _____

EMPLOYEE AUTHORIZATION

I hereby authorize Worksite to deposit my earnings directly into my checking and/or savings account(s) as indicated above and agree that such credit to these accounts constitutes payment and receipt by me. Worksite reserves the right to recall funds sent in error and to interrupt or discontinue direct deposits and issue live checks to any and all employees at any time for any reason. I am always responsible for verifying that funds have been credited into the proper account and are available prior to writing checks or otherwise withdrawing funds from this account. I am aware that this authority will remain in full effect until Worksite receives ten (10) days prior written notification from me of change or termination.

Employee Signature: _____ **Date:**_____

By signing above, I am agreeing that I am either the account holder or have authority of the account holder to authorize Worksite to make direct deposits into the above account(s).