



141 3rd St. West, Suite # 3

Dickinson, ND 58601

Teléfono: 701-483-7090

Celular: 701-300-1259

Solicitud de Empleo

Fecha de hoy: _____

Información del solicitante

Nombre: (Primero, I , Apellido) _____

Dirección: _____ APT / Unidad #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Puesto solicitado: _____ Salario Deseado: _____

Contactos de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si ____ No ____

Si no, ¿Está autorizado a trabajar en los Estados Unidos? Si ____ No ____

¿Alguna vez has trabajado para esta empresa? Si ____ No ____

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave? Si ____ No ____

En caso afirmativo explique: _____

Educación

Nivel educativo más alto:

Lista de habilidades, experiencias y certificaciones:

SEGURO SOCIAL/ ITIN #: _____

Historial de Empleo

Nombre de empresa: _____

Dirección: _____

Título del puesto: _____

Responsabilidades: _____ Salario: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Motivo de la salida: _____

Supervisor: _____

¿Podemos contactar este supervisor?: Sí _____ No _____

Nombre de empresa: _____

Dirección: _____

Título del puesto: _____

Responsabilidades: _____ Salario: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Motivo de la salida: _____

Supervisor: _____

¿Podemos contactar este supervisor?: Sí _____ No _____

Nombre de empresa: _____

Dirección: _____

Título del puesto: _____

Responsabilidades: _____ Salario: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____ Motivo de la salida: _____

Supervisor: _____

¿Podemos contactar este supervisor?: Sí _____ No _____

Servicio militar

Rama: _____

Rango: _____

Baja del ejército honorable Si _____ No _____

Si deshonorale explique: _____

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Si esta solicitud conduce al empleo, entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede resultar en mi liberación.

Firma: _____ Fecha: _____

Pruebas de drogas/alcohol

Formulario de consentimiento

Nombre de la empresa: _____

Nombre del solicitante/empleado: _____

En ocasiones, algunos clientes requerirán una prueba de detección de drogas. Este formulario de consentimiento solo será aplicable a petición del cliente, o bajo circunstancias de sospecha de uso de sustancias controladas o alcohol dentro de horas laborables. En caso de estar bajo una prescripción médica, deberá ser notificado a su supervisor inmediato si este le impide operar un vehículo de motor o realizar su función laboral de una manera segura para usted y demás empleados. Por la presente, acepto someterme a una prueba de drogas o alcohol proporcionando una muestra de mi orina, aliento y / o sangre para su análisis. He sido completamente informado de la razón de esta prueba y entiendo lo que me están haciendo la prueba y el procedimiento involucrado. Soy plenamente consciente de que los resultados de esta prueba se enviarán a mi empleador potencial o empleador actual y se convertirán en parte de mi registro.

Entiendo que si en cualquier momento me niego a someterme a una prueba de drogas o alcohol, o si de otra manera no coopero con los procedimientos de prueba, mi solicitud de empleo puede ser retirada inmediatamente de la consideración o puedo estar sujeto a la terminación inmediata.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Representante de la compañía _____ Fecha _____

Seguridad

Es responsabilidad de cada empleado llevar a cabo todas las tareas de una manera segura y eficiente que cumpla con todas las regulaciones y estándares de seguridad y salud locales, estatales y federales y con los estándares del programa, y con cualquier preocupación especial de seguridad para su uso en un área en particular o con un cliente.

Aunque la mayoría de las regulaciones de seguridad son consistentes en cada departamento y programa, cada empleado tiene la responsabilidad de identificar y familiarizarse con el plan de emergencia para su área de trabajo. Cada instalación deberá haber publicado un plan de emergencia que detalle los procedimientos en el manejo de emergencias, como eventos relacionados con el clima de incendios y crisis médicas.

Es responsabilidad del empleado completar un Informe de Accidentes e Incidentes por cada infracción de seguridad y salud que ocurra por parte de un empleado o que el empleado sea testigo. El hecho de no informar de dicha infracción puede resultar en una acción disciplinaria del empleado, hasta e incluyendo el despido.

Entiendo que Superior Staffing Corp se toma muy en serio su responsabilidad como mi empleador, y que han hecho todo lo posible para proporcionar un entorno de trabajo seguro. Si me lesiono en el trabajo, Superior Staffing Corp se ocupará rápidamente de las reclamaciones legítimas y ha entendido que Superior Staffing Corp tiene una amplia experiencia en la investigación de reclamaciones y luchará contra las reclamaciones fraudulentas con todos los recursos disponibles.

Si sufro una lesión en el trabajo, informaré al cliente y a Superior Staffing Corp de inmediato, quienes luego se coordinarán con el cliente y conmigo, asegurando los procedimientos adecuados para el tratamiento y la notificación del accidente.

Entiendo que los deberes en las asignaciones de trabajo varían según la posición y / o los clientes de Superior Staffing Corp. Acepto notificar a Superior Staffing Corp inmediatamente si se me solicita que realice un trabajo que no pueda realizar debido a una discapacidad, para que podamos discutir las opciones de adaptaciones razonables.

Yo, _____ he leído y entiendo la póliza de seguridad.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



"Se entiende que se pagará tiempo extra (OT) cuando se trabaje para un cliente durante más de 40 horas en un período de pago de una semana. Se entiende que puede haber una ocasión en la que un empleado trabaje más de 40 horas con dos o más clientes. En estas ocasiones, no se pagará tiempo extra.

Al firmar a continuación, el empleado reconoce que leyó y comprendió la divulgación anterior y acepta los términos anteriores."

Firma del empleado

Fecha

Certificado de Retenciones del Empleado
Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.

OMB No. 1545-0074

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.

2026**Paso 1:**
Anote Su
Información
Personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección		¿Coincide su nombre con el nombre en su tarjeta de Seguro Social? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/es .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado ☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos ☐ Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		
Precaución: Para reclamar ciertos créditos o deducciones en su declaración de impuestos, usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener un número de Seguro Social válido para trabajar. Vea la página 2 para más información.		

CONSEJO: Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando use el estimador. A comienzos del próximo año, use el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para más información sobre cada paso, quién puede reclamar la exención de la retención y cuándo usar el estimador en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2:
Personas con
Múltiples
Empleos o con
Cónyuges que
Trabajan

Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos.

Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

- (a) Use el estimador en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, use esta opción; o
- (b) Use la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o
- (c) Si sólo hay dos empleos en total, puede marcar este recuadro. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que el Paso 2(b) si el pago del empleo con la paga más baja es mayor que la mitad del pago del empleo con la paga más alta. De lo contrario, el Paso 2(b) es la opción más precisa. ☐

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esos pasos en blanco para los otros empleos. (Su retención será más precisa si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total será \$200,000 o menos (\$400,000 o menos, si es casado que presenta una declaración conjunta):		
	(a) Multiplique el número de hijos calificados menores de 17 años de edad por \$2,200	3(a) \$	
	(b) Multiplique el número de otros dependientes por \$500	3(b) \$	
	Sume las cantidades de los Pasos 3(a) y 3(b), más la cantidad de otros créditos. Anote el total aquí		3 \$
Paso 4: Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no provenientes de trabajos). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación		4(a) \$
	(b) Deducciones. Use la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 4 para determinar la cantidad de las deducciones que puede reclamar, lo cual reducirá su retención. (Si omite esta línea, su retención se basará en la deducción estándar). Anote el resultado aquí		4(b) \$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago		4(c) \$

Exento de la retención Reclamo exención de la retención para 2026 y certifico que cumplo con **ambas** condiciones para la exención para 2026. Vea **Exención de la retención** en la página 2. Entiendo que necesitaré completar un nuevo Formulario W-4 para 2027 . . . ☐

Paso 5:
Firme
Aquí Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado, y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Para Uso Exclusivo del Empleador	Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		Fecha
	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las instrucciones.**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)		Otros Apellidos Utilizados (si alguno)					
Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)		Ciudad o Pueblo		Estado		Código Postal			
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE. UU.		Dirección de Correo Electrónico del Empleado		Número de Teléfono del Empleado					
Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.		Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):									
		☐ 1. Ciudadano de Estados Unidos									
		☐ 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)									
		☐ 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS: _____)									
		☐ 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): _____									
		Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:									
		USCIS/Número A		OR		Formulario I-94 Número de Admisión		OR		Número de pasaporte extranjero y país de emisión	
Firma del Empleado						Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)					
Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar la certificación de preparador y/o traductor en la página 4.											

Autorización para depósito directo – Formulario de empleado

Esto autoriza a Superior Staffing Corp (la "Compañía") a enviar entradas de crédito (y entradas de débito y ajuste apropiadas), electrónicamente o por cualquier otro método aceptado comercialmente, a mi cuenta indicada a continuación y a otras cuentas que (nosotros) identifique en el futuro (la "Cuenta"). Esto autoriza a la institución financiera que posee la cuenta a contabilizar todas esas anotaciones.

Cuenta #1

Tipo (marque uno): ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del banco del empleado: _____

Enrutamiento Bancario #: _____

Cuenta #: _____

Adjunte un cheque anulado para la cuenta aquí.

Esta autorización estará vigente hasta que la compañía reciba un aviso de terminación por escrito de mi parte y tenga una oportunidad razonable de actuar en consecuencia.

Firma: _____

Nombre impreso: _____

Gerente de Oficina: _____

Fecha: _____

IMPORTANTE: Este documento debe ser firmado por los empleados para el depósito automático de los cheques de pago y retenido en el archivo por el empleador. El empleado debe adjuntar un cheque anulado para su cuenta bancaria para ayudar a verificar su número de cuenta y número de ruta bancaria.