



# SOLICITUD DE ARRENDAMIENTO DEL EMPLEADO

MatrixOneSource  
9016 Philips Highway  
Jacksonville, Florida 32256  
Teléfono: (904) 739-2722  
Llamada gratuita: (866) 453-2722  
Fax: (866) 739-2725

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN DE MODO LEGIBLE

CLIENTE:

UBICACIÓN:

## SECCIÓN I- A SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

**AVISO A LOS EMPLEADOS:** Esta Solicitud de Arrendamiento del Empleado incluye el lado frontal y posterior de esta página. Por favor complete la sección I en esta página y firme donde se indica a continuación. Luego lea la parte posterior de esta solicitud y firme donde se indica en el inferior de dicha página.

No. de Seguro Social #: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2<sup>do</sup> nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Códigopostal: \_\_\_\_\_

No. Teléfono(s) #: \_\_\_\_\_ Teléfono celular #: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto en emergencias: \_\_\_\_\_ Parentezco: \_\_\_\_\_

No.teléfono(s) contacto de emergencia: Domicilio: ( \_\_\_\_\_ ) Trabajo/Celular: ( \_\_\_\_\_ )

Tareas del trabajo: \_\_\_\_\_

Matrix y el cliente nombrado anteriormente ("Cliente") a llegado a un acuerdo en donde Matrix arrienda empleados para el Cliente. Si soy aceptado como un empleado arrendatario de Matrix, entonces estoy de acuerdo y entiendo que luego de la conclusión de cada asignación laboral (por ejemplo, si finaliza mi empleo con el Cliente), independientemente de la duración, debo contactar a Matrix para una reasignación dentro de las primeras 48 horas de dicha finalización. **El incumplimiento en contactar a Matrix puede resultar en la negación de beneficios por desempleo.** Además, si no recibo sueldos, salarios u otra compensación ("Compensación") de Matrix en un día de pago regularmente programado y no contacto a Matrix antes de las 9:00 a.m. del tercer día siguiente a dicho día de pago programado, entonces se considerará que he renunciado voluntariamente al empleo con Matrix en el último día en el cual recibí la Compensación de Matrix. **El incumplimiento en contactar a Matrix puede resultar en la negación de beneficios por desempleo.**

HE LEÍDO Y ENTENDIDO TODA LA INFORMACIÓN EN EL FRENTE Y REVERSO DE ESTA SOLICITUD.

Firmadeempleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II- A SER COMPLETADA POR EL CLIENTE

Código de Compensación de trabajadores: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Descripción del trabajo: \_\_\_\_\_ Dept: \_\_\_\_\_

Período de pago:  Semanal  Quincenal Otro: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Mediotiempo

Método y forma de pago: \*Por hora \$ \_\_\_\_\_ \*Salario \$ \_\_\_\_\_  No exento  \*Exento

\* Debe cumplir con las directrices de la FLSA

\*Comisión \_\_\_\_\_ \* Trabajo a destajo \_\_\_\_\_ \* Propinas \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del empleo con el cliente: \_\_\_\_\_ ¿Pagos de manutención infantil? (Si es sí, adjuntar orden de la corte)  Sí  No

Firma del Representante del Cliente

Nombre (Imprenta) del Representante

Fecha

## SECCIÓN 1: ESTADO DEL EMPLEADO ARRENDATARIO: MATRIX NO ES EL EMPLEADOR DE HECHO O SITIO DE TRABAJO COMÚN; INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO

Matrix y el cliente mencionado en la primera página de este Solicitud de Arrendamiento del Empleado ("Cliente") a llegado a un acuerdo en donde Matrix arrienda empleados para el cliente. Bajo dicho acuerdo, luego de mi aceptación a través de Matrix como empleado arrendatario, seré co-empleado por Matrix y el Cliente, siendo Matrix mi empleador administrativo y siendo el Cliente mi empleador de hecho y empleador en el sitio de trabajo. Entiendo que no seré aceptado como un empleado arrendatario de Matrix hasta el cumplimiento satisfactorio de toda la documentación y otros requerimientos de empleado de Matrix. Si soy aceptado(a) como empleado de Matrix, entiendo que (i) mi empleo con Matrix comenzará en la primera fecha en la cual el Cliente reporte mis horas laborales a Matrix que sean efectivamente pagadas por Matrix, (ii) que mi empleo con Matrix es "a voluntad", lo cual significa que Matrix o yo podemos dar por terminado mi empleo con Matrix en cualquier momento, (iii) que habrá un periodo a prueba inicial de 90 días, y (iv) que si Matrix no recibe un pago del Cliente por los servicios que yo realice, Matrix será responsable únicamente por el salario mínimo aplicable (o el pago de sobretiempo legalmente requerido a la tasa de salario mínimo aplicable) por cualquiera de dichos periodos de pago, y estoy de acuerdo con este método de compensación.

**SI ME CONVIERTO EN EMPLEADO ARRENDATARIO DE MATRIX, TENGO ENTENDIDO QUE LUEGO DE CONCLUIRSE CADA TAREA LABORAL (POR EJEMPLO SI FINALIZA MI EMPLEO CON CUALQUIER CLIENTE), INDEPENDIENTEMENTE DE LA DURACIÓN, DEBO CONTACTAR A MATRIX PARA UNA REASIGNACIÓN DENTRO DE LAS PRIMERAS 48 HORAS DESPUÉS DE DICHA FINALIZACIÓN. EL INCUMPLIR EN CONTACTAR A MATRIX PUEDE RESULTAR EN LA NEGACIÓN DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO. ADEMÁS, SI NO RECIBO SUELDOS, SALARIOS O CUALQUIER COMPENSACIÓN ("COMPENSACIÓN") POR PARTE DE MATRIX EN UN DÍA DE PAGO REGULARMENTE PROGRAMADO Y NO ME CONTACTARE CON MATRIX ANTES DE LAS 9:00 A.M. EN EL TERCER DÍA SIGUIENTE A DICHO DÍA DE PAGO PROGRAMADO, SE CONSIDERARÁ ENTONCES QUE HE RENUNCIADO VOLUNTARIAMENTE AL EMPLEO CON MATRIX EN EL ÚLTIMO DÍA POR EL CUAL RECIBÍ UNA COMPENSACIÓN DE MATRIX. EL INCUMPLIR EN CONTACTAR A MATRIX PUEDE RESULTAR EN LA NEGACIÓN DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO.**

Estoy de acuerdo en que mientras esté empleado por Matrix, tengo prohibido recibir una Compensación directamente del Cliente (ya sea en efectivo, cheque o de otra manera), o, si soy reasignado por Matrix a un cliente distinto, de dicho cliente distinto. Estoy de acuerdo en que (i) mi aceptación a cualquiera de dichas Compensaciones durante cualquier período de pago de Matrix (ya sea semanal, quincenal, cada dos semanas o mensual), constituye mi renuncia voluntaria al empleo con Matrix por la totalidad de dicho período de pago (un "Período de Pago No-Matrix"), y (ii) que mi recibo de Compensación de Matrix durante dicho Período de Pago No-Matrix no afectará mi estado de estar arrendado exclusivamente por el Cliente (o cualquier cliente en lo consiguiente) durante cualquier Período de Pago No-Matrix.

## SECCIÓN 2: DAÑOS RELACIONADOS AL TRABAJO: SEGURO DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES

Entiendo que durante mi empleo con Matrix, puede que esté cubierto con una póliza de seguro de compensación a trabajadores, obtenida ya sea por el Cliente o Matrix. Reconozco que he recibido un aviso por separado informándome que un seguro de compensación a trabajadores ha sido o va a ser provisto por el Cliente, que el Cliente es responsable de obtener dicho seguro y que Matrix no tendrá responsabilidad alguna por el incumplimiento del Cliente en obtener para mí un seguro de compensación de trabajadores. Si no he recibido dicho aviso y Matrix es responsable de obtener para mí el seguro de compensación a los trabajadores, (i) entonces previo a mi aceptación como empleado arrendatario de Matrix, Matrix no será responsable por ningún daño relacionado al trabajo que pueda sufrir, (ii) si acepto la Compensación del Cliente durante cualquier Período de Pago No-Matrix (ver Sección 1 anterior), entonces no estaré cubierto por la póliza de seguro de compensación de trabajadores de Matrix si sufro un daño relacionado al trabajo durante cualquiera de dichos periodos de pago, y (iii) si no recibo una Compensación de Matrix en un día de pago regularmente programado y mi empleo con Matrix aún no ha finalizado, entonces (a) se considerará que he renunciado voluntariamente y que mi empleo con Matrix será considerada en el último día por el cual recibí una Compensación de Matrix, y (b) no estaré cubierto por la póliza de seguro de compensación a trabajadores de Matrix a la fecha de la renuncia.

## SECCIÓN 3: POLÍTICA SOBRE DISCRIMINACIÓN, ACOSO Y REPRESALIAS

Confirmando y entiendo (i) que es requerido que reporte oportunamente al Cliente todos los incidentes de discriminación, acoso o represalias, sin importar la identidad o posición del ofensor, (ii) que el Cliente es responsable de investigar cualquier queja y de tomar la acción apropiada, si se determina que es necesaria alguna, para finalizar o remediar la discriminación, acoso o represalia y (iii) que Matrix no tiene un control efectivo sobre mí, mi trabajo o mi lugar de trabajo con el Cliente, y como tal Matrix no está en posición de saber de ninguna discriminación, acoso o represalia alegada. Todas las acciones para finalizar o remediar cualquier discriminación, acoso o represalia deben venir exclusivamente del Cliente.

## SECCIÓN 4: ACEPTACIÓN DE UN SITIO DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS; ACUERDO EN SOMETERSE A UNA PRUEBA DE DROGAS Y A LA REVELACIÓN DE LOS RESULTADOS

Entiendo que Matrix mantiene una política de un lugar de trabajo libre de drogas que requiere que todos los empleados se reporten al trabajo en una condición libre de sustancias. Los empleados, a quienes se encuentre en el trabajo, que estén bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol, o quienes violen esta política de otras maneras, pueden ser despedidos. Entiendo que si me hago daño en el trabajo y ya sea me rehúse a ser examinado u obtenga positivo en el examen de drogas ilegales o alcohol, puedo perder el derecho a elegibilidad para todos los beneficios de compensación médica e indemnización de los trabajadores. Entiendo que como condición para mi empleo inicial y continuo, (i) examen de drogas para el solicitante del trabajo, (ii) pruebas razonables por sospecha de uso de drogas y/o alcohol, (iii) prueba de drogas y/o alcohol para determinar idoneidad para el cargo, (iv) prueba aleatoria de drogas y/o alcohol y (v) pruebas de seguimiento, Matrix solicitará que me someta a chequeos de sustancias por medio de análisis de orina, sangre (para alcohol), foliculo piloso u otro procedimiento de prueba. Por medio de la presente estoy de acuerdo en someterme a dichas pruebas incluyendo, a un seguimiento a pruebas de rehabilitación y las pruebas post-accidentes requeridas (**las pruebas post-accidentes son requeridas dentro de 24 horas siguientes a cualquier daño relacionado al trabajo**). Adicionalmente doy consentimiento para que los resultados de cualquiera de dichas pruebas de drogas y alcohol sean revelados a representantes autorizados de Matrix y el Cliente por el MRO (Funcionario de Revisión Médica por sus siglas en inglés). Entiendo que estoy legalmente autorizado a recibir una copia de este formulario de consentimiento si lo solicito. Los resultados no serán revelados a ningún tercero adicional sin mi autorización por escrito, excepto que Matrix y el Cliente, sus agentes y el laboratorio de pruebas tengan acceso a los resultados de las pruebas y puedan divulgar dichos resultados a sus agentes y/o abogados en conexión con los procedimientos de compensación de los trabajadores, y pueden utilizar los resultados de las pruebas en su defensa en otros asuntos civiles o administrativos. Por medio de la presente libero al personal y/o doctores de la instalación de pruebas quienes me hayan examinado, de cualquier responsabilidad que surja de la revelación o uso de algún resultado de pruebas, reportes por escrito, registros médicos e información concierne a mis pruebas dados a los funcionarios apropiados de Matrix y el Cliente. Libero de manera adicional a todos los funcionarios de Matrix y del Cliente por cualquier responsabilidad que surja de la revelación o uso de los resultados de las pruebas. Entiendo que la política de un lugar de trabajo libre de drogas y los documentos relacionados no tienen como propósito constituir un contrato entre Matrix/Cliente y mi persona. He leído, o me han leído, una copia de la política y entiendo las consecuencias de violar la política, lo cual puede incluir la finalización de mi empleo. Si no entendí la política, pregunté y recibí una explicación. Reconozco que recibo una copia de la política de un lugar de trabajo libre de drogas dentro del Manual de Empleado que he recibido.

## SECCIÓN 5: RECIBO DEL MANUAL DEL EMPLEADO; DISPOSICIONES MISCELÁNEAS

Reconozco (i) haber recibido, leído y entendido el manual del empleado de Matrix; (ii) que el manual no establece una relación contractual con Matrix; y (iii) que el manual puede cambiar en cualquier momento y que no es una garantía de políticas de empleado futuras o presentes. Entiendo adicionalmente que ni el manual, ni ninguna declaración verbal o escrita hecha por algún funcionario o empleado de Matrix o el Cliente constituye un contrato laboral. Entiendo que hay copias adicionales disponibles del manual del empleado llamando a Matrix al (866) 453-2722 o en línea a [www.matrixonesource.com](http://www.matrixonesource.com). Entiendo que ninguna tergiversación de los hechos, omisión de hecho o información incompleta descubierta luego de que mi empleo haya iniciado, puede ser fundamento para una acción disciplinaria que pueda llegar a incluir la finalización de mi empleo. Entiendo que soy empleado "a voluntad" y que tanto Matrix como yo podemos finalizar mi empleo en cualquier momento, y que ninguna persona, incluyendo el Cliente, tiene la autoridad para celebrar ningún acuerdo estipulando lo contrario. Entiendo y estoy de acuerdo en que, si es aplicable, Matrix puede asignar propinas cuando sea necesario, en base a las "horas trabajadas". La asignación de propinas se vuelve necesaria cuando las propinas totales reportadas por el empleador en el sitio de trabajo son menores al 8% de las ventas de la tienda. Entiendo que, si soy un empleado que recibe propinas, Matrix está tomando un crédito de propinas basado en el pago por horas tal como lo permite la ley.

**RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO TOTALMENTE Y ESTOY DE ACUERDO CON TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE DOCUMENTO**

Firma del Empleado

Nombre del Empleado (imprenta)

No. de Seguro Social

Fecha

# Formulario W-4(SP) (2018)

**Acontecimientos futuros.** Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

**Propósito.** Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2018 si **ambas** de las siguientes situaciones le corresponde:

- Para 2017 tenía derecho a un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre los ingresos retenido porque **no** tenía obligación tributaria **y**
- Para 2018 espera un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre ingreso retenido porque usted espera **no** tener obligación tributaria.

Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2018 vence el 15 de febrero de 2019. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés, para saber más sobre si reúne los requisitos para la exención de la retención.

## Instrucciones Generales

Si no está exento, siga el resto de estas instrucciones para determinar el número de retenciones que debe reclamar para propósitos de la retención para 2018 y cualquier cantidad adicional de impuestos a ser retenida. Para los salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

También puede usar la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para determinar su retención de impuestos con mayor precisión. Considere usar esta calculadora si

tiene una situación tributaria más complicada, como por ejemplo, si tiene un cónyuge que trabaja, si tiene más de un trabajo o tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo aparte de su trabajo. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, también puede usar esta calculadora para ver cómo la cantidad de impuestos que tiene retenida se compara con su impuesto total previsto para 2018. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

Tenga en cuenta que si retiene demasiados impuestos recibirá un reembolso cuando presente su declaración de impuestos. Si no retiene suficientes impuestos, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa.

**Personas con múltiples trabajos o con cónyuges que trabajan.** Si tiene más de un trabajo a la vez, o si está casado y su cónyuge trabaja, lea todas las instrucciones, incluyendo las instrucciones para la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** antes de comenzar.

**Ingresos no derivados del trabajo.** Si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, puede adeudar impuestos adicionales. O bien, puede usar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4 o la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para asegurarse de tener suficientes impuestos retenidos de su cheque de paga. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 o utilice la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o el Formulario W-4P, en inglés.

**Extranjero no residente.** Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones complementarias para el Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de completar este formulario.

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la(s) hoja(s) de trabajo en sus archivos. -----

Formulario <b>W-4(SP)</b>		<b>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</b>		OMB No. 1545-0074
Department of the Treasury Internal Revenue Service		▶ Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.		<b>2018</b>
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido		2 Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero <b>Nota:</b> Si es casado, pero está legalmente separado, marque el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero".		
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ▶ <input type="checkbox"/>		
5 Número total de exenciones que reclama (de la hoja de trabajo que le corresponda en las siguientes páginas) . . . . .				5
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de paga . . . . .				6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2018 y certifico que cumplo con <b>ambas</b> condiciones, a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque <b>no</b> tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto <b>no</b> tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí . . . . . ▶				7
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.				
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶				Fecha ▶
8 Nombre y dirección del empleador ( <b>Empleador:</b> Complete las líneas 8 y 10 si envía este certificado al IRS y complete las líneas 8, 9 y 10 si lo envía al State Directory of New Hires (Directorio estatal de personas recién empleadas).		9 Primera fecha de empleo		10 Número de identificación del empleador (EIN)