

# Solicitud De Arrendamiento Del Empleado



**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:

Primer Nombre:

Inicial 2<sup>do</sup> Nombre:

Apellido:

Dirección de la Calle:

Ciudad, Estado, Códigopostal:

No. Teléfono(s):

Teléfono Celular:

Nombre de Contacto en Emergencias:

Parentesco:

No.Teléfono(s) Contacto de Emergencia: Domicilio:

Trabajo/Celular:

Tareas del Trabajo:

Matrix y la empresa cliente nombrada 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.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección II - A Ser Completada Por El Cliente

Código de Compensación de Trabajadores:

/

Dept:

Descripción del Trabajo:

Período de Pago:  Semanal  Quincenal  Otro:  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Método y Forma de Pago: (\*Debe cumplir con las directrices de la FLSA):  No Exento  \*Exento

\*Por Hora \$      \*Salario \$      \*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: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Empleado: \_\_\_\_\_

**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 sobre tiempo 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), INDEPENDIEMENTE 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 CONTACTARA 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 periodo 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 periodo de pago (un “Periodo de Pago No-Matrix”), y (ii) que mi recibo de Compensación de Matrix durante dicho Periodo de Pago No-Matrix no afectará mi estado de estar arrendado exclusivamente por el Cliente (o cualquier cliente en lo consiguiente) durante cualquier Periodo 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 Periodo 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**

Confirmo 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 concerniente 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 empleado. 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, ENTIENDO PLENAMENTE Y ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÁGINA**

Firma del Empleado

Nombre del Empleado

Número de Seguro Social

Fecha

# Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

# 2021

**Paso 1:**  
**Anote su información personal**

|   |   |
|---|---|
| <p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo</p> <p style="text-align: right;">Apellido</p> <hr/> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p> <hr/> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p>  | <p>(b) Su número de Seguro Social</p> <hr/> <p>▶ <b>¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta?</b><br/>De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a>.</p> |
| <p>(c) <input type="checkbox"/> <b>Soltero</b> o <b>Casado que presenta una declaración por separado</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Casado que presenta una declaración conjunta</b> o <b>Viudo que reúne los requisitos</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Cabeza de familia</b> (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).</p> |   |

**Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5.** Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) y conocer acerca de su privacidad.

**Paso 2:**  
**Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan**

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo 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) Utilice el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4); **o**

(b) Utilice la Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada; **o**

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario . . . . . ▶

**CONSEJO:** Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

**Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo UNO de sus empleos.** Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

|  |   |  |                               |
|--|---|--|-------------------------------|
| <p><b>Paso 3:</b><br/><b>Reclamación de dependientes</b></p> | <p>Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . .</p>   | <p><b>3</b></p>  | <p>\$</p>                     |
| <p><b>Paso 4 (opcional):</b><br/><b>Otros ajustes</b></p>    | <p>(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo).</b> 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 . . . . .</p> <p>(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .</p> <p>(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .</p> | <p><b>4(a)</b></p> <p><b>4(b)</b></p> <p><b>4(c)</b></p> | <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> |

|   |   |                                      |  |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <p><b>Paso 5:</b><br/><b>Firme aquí</b></p> | <p>Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.</p> |                                      |  |
|   | <p>▶ _____ ▶</p> <p><b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).</p>                                | <p>▶ _____ ▶</p> <p><b>Fecha</b></p> |  |

|  |   |                                |   |
|--|---|--------------------------------|---|
| <p><b>Para uso exclusivo del empleador</b></p> | <p>Nombre y dirección del empleador</p> | <p>Primera fecha de empleo</p> | <p>Número de identificación del empleador (EIN)</p> |
|--|---|--------------------------------|---|