



Paquete de inscripción de empleados

Axis PEO

Un empleador que ofrece igualdad de oportunidades

Nos adherimos a una política de tomar decisiones laborales sin importar raza, color, edad, sexo, religión, origen nacional, discapacidad / discapacidad o estado civil. Si necesita una adaptación razonable para completar este paquete, infórmenos.

Axis PEO es un co-empleador de los empleados que trabajan para su Compañía Cliente. Como co-empleador, Axis PEO es el empleador registrado para nómina, declaración de impuestos, beneficios, seguro de compensación para trabajadores, gestión de reclamos y otras funciones administrativas. La empresa Cliente es responsable del trabajo diario de los empleados.

Instrucciones para completar este paquete.

NOTA: Este Paquete de Inscripción no debe completarse hasta que un empleado potencial haya recibido una oferta condicio condicional de empleo de la Compañía Cliente.

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Empleada debe completar:

Sección 1 — Cuestionario de empleo
Sección 2 — Formulario W4
Sección 3 — Acuerdos de empleados
Sección 4 — Cuestionario de compensación para trabajadores
Sección 5 — Información de EEO

Clienta debe completar:

Sección 5 — Información de EEO del empleador
Sección 6 — Detalles del pago del empleado

- Envíe el paquete completo a Axis PEO Employee Leasing ANTES de que el empleado comience a trabajar

Revise la inscripción para completar

IMPORTANTE: COMPAÑÍA CLIENTE TENGA EN CUENTA:

La ley federal requiere que los empleadores completen y mantengan un Formulario de verificación de elegibilidad de empleo (Formulario I-9) completo para cada empleado. Axis PEO puede proporcionar este formulario, así como instrucciones y asistencia para completar y mantener correctamente los formularios I-9; sin embargo, es responsabilidad de la Compañía Cliente asegurarse de que todos los empleados hayan completado un I-9 y es responsabilidad de la Compañía Cliente mantener los formularios completados según lo exige la ley.

Axis PEO NO CONSERVA LOS FORMULARIOS I-9 COMPLETADOS

SECCIÓN 1- CUESTIONARIO DE EMPLEO

Empresa Cliente _____

Nombre Completo del Empleado _____

SSN# _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Actual dirección de correo: _____

Número / Calle Unidad # Ciudad Estado Código Postal Condado

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

¿Tienes 18 años o más? Sí No Si es menor de 18 años, indique su edad _____
(Si es menor de 18 años, el empleo está sujeto a la verificación de que tiene la edad mínima legal y puede proporcionar cualquier permiso de trabajo requerido).

¿Se le impide obtener un empleo legal en este país debido a una visa o estatus migratorio? Sí No

¿Ha trabajado a través de J. Gregory PEO, LLC, previamente? Yes No

Si sí, cuándo? _____ Posición _____

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito, se declaró culpable de no contendiente (no impugnó un delito, se declaró culpable de un delito, se retuvo la adjudicación o recibió una sentencia suspendida (independientemente de la adjudicación final) por un delito? Yes No
En caso afirmativo, proporcione detalles sobre el tipo de delito, la fecha de la condena o declaración de culpabilidad, la pena impuesta y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales si es necesario).

¿Ha sido arrestado y acusado de algún delito menor o delito mayor no divulgado anteriormente por el cual está en libertad bajo fianza o por su cuenta reconocimiento pendiente de disposición o juicio (no incluya infracciones de tránsito menores para las cuales no es necesario comparecer ante el tribunal? Yes No

En caso afirmativo, proporcione la (s) fecha (s) y los detalles del arresto o cargo y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido (adjunte hojas adicionales si es necesario).

Alguna vez ha sido demandado por causar la muerte o lesiones a alguna persona, o daños a cualquier propiedad (por ejemplo, por asalto, agresión, difamación, etc.)? Yes No

En caso afirmativo, proporcione detalles sobre la naturaleza de las reclamaciones y defensas planteadas por las partes, el resultado de la acción (por ejemplo, acuerdo, veredicto del jurado u otra disposición) y cualquier otra circunstancia que considere relevante para una comprensión completa de lo ocurrido. (adjuntar adicional hojas si es necesario).

NOTA: Responder "Sí" a las tres preguntas anteriores no es una prohibición automática de empleo. Factores como la edad en el momento del delito, Se tomarán en cuenta la gravedad y naturaleza de la infracción, la relación con el trabajo buscado y la evidencia de rehabilitación. Sin embargo, por favor se advirtió que una declaración incorrecta u omisión al responder estas preguntas puede ser motivo de acción disciplinaria, incluido el despido.

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

Los hechos expuestos en mi inscripción son verdaderos y completos. Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y por la presente autorizo a mis antiguos empleadores a proporcionar toda la información relacionada con mi historial laboral. Por la presente libero a mis antiguos empleadores de toda responsabilidad sobrecuenta de proporcionar dicha información. Entiendo que las declaraciones falsas, omisiones o declaraciones engañosas en esta solicitud serán consideradas como causa suficiente para negarme a contratar o despedirme y estoy de acuerdo en que mi empleador no será responsable en ningún aspecto si mi empleo es rescindido debido a tales omisiones o declaraciones falsas o engañosas. Por la presente autorizo la investigación de mi historial laboral, incluida la contactar a los empleadores enumerados anteriormente en mi solicitud.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 3 - EMPLEO A CUERDO

Yo, el empleado abajo firmante, en consideración de mi contratación por Axis PEO como empleado arrendado a voluntad, en consideración de mi contratación por Axis PEO como empleado a voluntad, reconozco y estoy de acuerdo con los acuerdos puestos a disposición para mi revisión en <https://axispeo.com> y reconozco y acepta lo siguiente:

- Acuerdo de co-empleo.** Acepto que este ACUERDO DE EMPLEO ("Acuerdo") se celebra entre Axis PEO, un profesional Organización del empleador y el empleado arrendado ("Empleado") abajo firmante e identificado de conformidad con un Acuerdo de servicio al cliente entre PEO y el Cliente Compañía en la que PEO y mi Compañía Cliente han acordado actuar como co-empleadores. Este Acuerdo solo se refiere al empleo del Empleado con PEO. CO-EMPLEO: El empleo continuo del empleado es como co-empleado de PEO y la Compañía Cliente. Un compañero de trabajo es un empleado con dos empleadores: la Compañía Cliente y una Organización de Empleadores Profesionales (PEO). La relación de co-empleo permite a PEO brindar ciertos beneficios y servicios a la Compañía Cliente y sus empleados, incluidos, entre otros, administración de nómina, administración de beneficios de desempleo, compensación y otros beneficios para empleados. La Compañía Cliente retiene los derechos y responsabilidades de, entre otros, la gestión diaria y control, el control de las actividades de los empleados, requisitos laborales del empleado, tarifa y método de pago del empleado y seguridad en el lugar de trabajo.
- Acuerdo de empleo a voluntad.** Acepto que fui contratado como empleado a voluntad de PEO, que es una empresa de arrendamiento de empleados y no hay contrato del empleo que existe entre mí y la Compañía Cliente a la que me han asignado, ni entre PEO y yo. Entiendo y acepto que puedo ser despedido o puedo terminar mi empleo en cualquier momento por cualquier motivo, o sin motivo ya que soy un empleado a voluntad.
- Acuerdo de notificación de accidentes y compensación laboral.** Acepto informar de inmediato todas y cada una de las lesiones y accidentes relacionados con el trabajo a mi Compañía Cliente y a PEO. Acepto que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir está cubierta única y exclusivamente por la compensación para trabajadores del estado, seguro legal y de compensación para trabajadores proporcionado por PEO. En la medida en que lo permita la ley, por la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pueda tener que hacer reclamos o entablar una demanda contra PEO por daños basados en lesiones que están cubiertas por la ley de compensación para trabajadores. También acepto que si me lesiono, a menos que otro programa de licencia es aplicable, aceptaré cualquier asignación modificada / de trabajo liviano que se encuentre dentro del alcance de mis capacidades físicas según lo determinado por el médico tratante de compensación para trabajadores. Estoy de acuerdo con cualquier política de pruebas de drogas o alcohol que PEO pueda adoptar; específicamente estoy de acuerdo con drogas post-accidente pruebas en cualquier situación permitida por la ley.
- Políticas de Licencia Pagada de la Compañía Cliente, Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA) y Acuerdo de Otros Beneficios.** Acepto que en caso de que mi Empresa Cliente mantiene políticas que brindan beneficios de licencia pagada como vacaciones, licencia por enfermedad, PTO o indemnización por despido, mi Compañía Cliente es la única responsable de pagar cualquier beneficio acumulado bajo dichas políticas durante el empleo y en el momento de la terminación. PEO no proporciona, y no tiene una política que proporcione, vacaciones u otros beneficios de licencia pagada. En la medida en que los beneficios de licencia pagada se paguen a través de la nómina de PEO al Empleado, es únicamente como un servicio de nómina en nombre de mi Compañía Cliente. De manera similar, en la medida en que mi Compañía Cliente brinde otros beneficios de conformidad con políticas en las que PEO no sea parte, como opciones sobre acciones, bonificaciones, ganancias compartidas, beneficios de jubilación y cualquier otro beneficio, mi Compañía Cliente es el único responsable de proporcionar los beneficios prescritos por esas políticas. Mi Compañía Cliente es el principal empleador responsable de dar los avisos requeridos de FMLA, determinar la elegibilidad de los empleados para FMLA, proporcionar licencia FMLA y mantenimiento de financiación de los beneficios para la salud. My Client Company es responsable de la restauración de los empleados que regresan de la licencia FMLA a sus puestos de acuerdo con la ley. PEO Cooperará plenamente con mi Compañía Cliente en la administración de FMLA según la ley aplicable.
- Acuerdo contra la discriminación, el acoso y las represalias.** Entiendo que PEO y mi Compañía Cliente prohíben expresamente la discriminación, el acoso y represalias basadas en raza, color, sexo, religión, estado civil, condición de veterano, origen nacional, discapacidad, edad o cualquier otra categoría protegida. Interacción inadecuada También se prohíbe el respeto de la capacidad de los empleados de mi Compañía Cliente para realizar sus tareas laborales. Ni PEO ni mi Compañía Cliente tolerarán ningún intento de represalias o represalias contra un empleado que plantea una preocupación válida de que esta política ha sido violada. PEO y mi empresa cliente se llevan todas las denuncias de discriminación, acoso y represalias muy seriamente y estamos firmemente comprometidos a garantizar un lugar de trabajo libre de esas actividades discriminatorias. Cualquier persona que participe en discriminación, acoso o represalia está sujeta a medidas disciplinarias que pueden incluir el despido. Si observo tal actividad prohibida, estoy de acuerdo en contactar a una persona apropiada en la Compañía Cliente a la que se me ha asignado e informar tal conducta. Si creo que la gerencia está involucrada en los actos prohibidos, o por cualquier otro motivo no puedo contactar a una persona en mi Compañía Cliente, acepto contactar al Departamento de Recursos Humanos de PEO al 941-456-7788. Entiendo que PEO no controla directamente el lugar de trabajo en mi Compañía Cliente y no está en condiciones de poner fin o remediar ninguna discriminación, acoso o represalia que pueda ocurrir y que PEO intentará facilitar una resolución; la responsabilidad de responder a tales conductas recae en mi Compañía Cliente. Non-Payment of PEO by Client Company Agreement. I understand and agree that while I am assigned to my Client Company and am a leased employee of PEO, if PEO does not receive payment from the Client Company for services which I perform as a leased employee; PEO will still pay me the applicable minimum wage (or the legally required minimum salary or overtime pay) for any such pay period. I understand that the Client Company to which I am assigned remains obligated to pay me my regular hourly rate of pay if I am a non-exempt employee and to pay me my full salary if I am an exempt employee even if PEO is not paid by the Client Company.
- Falta de pago de PEO por acuerdo con la empresa cliente.** Entiendo y acepto que, si bien estoy asignado a mi Compañía Cliente y soy un empleado alquilado de PEO, si PEO no recibe pago de la Compañía Cliente por los servicios que realizo como empleado arrendado; PEO todavía me pagará el mínimo aplicable salario (o el salario mínimo legalmente requerido o el pago de horas extra) para dicho período de pago. Entiendo que la Compañía Cliente a la que estoy asignado permanece obligado a pagarme mi salario regular por hora si soy un empleado no exento y a pagarme mi salario completo si soy un empleado exento, incluso si el PEO no lo es pagado por la Compañía Cliente.
- Acuerdo de lugar de trabajo libre de drogas y alcohol.** Entiendo y acepto que PEO prohíbe la posesión, el consumo, la distribución ilícitos o no autorizados de alcohol o drogas ilegales o obtenidas ilegalmente en el lugar de trabajo o mientras realiza trabajo en otro lugar. Entiendo y acepto que los empleados no tienen permiso. Está listo para trabajar bajo los efectos del alcohol o las drogas. Entiendo y acepto que se me puede solicitar que me someta a pruebas de drogas y / o alcohol de acuerdo con Política de PEO, incluidas las pruebas posteriores a un accidente o lesión y de sospecha razonable. Entiendo que la violación de esta política, incluida mi negativa a cooperar con procedimientos de prueba, puede resultar en una descarga inmediata.
- Acuerdo de lesiones en el lugar de trabajo.** Acepto específicamente que me sometan a pruebas de detección de drogas / alcohol después de un accidente para detectar cualquier lesión en el trabajo, independientemente de si puedo dar mi consentimiento en ese momento. Esta autorización o una fotocopia de la misma es mi autoridad y consentimiento para la prueba de drogas / alcohol después del accidente en todos los casos. Cumpliré con las disposiciones del Estatuto 440 de Florida sobre reclamos de beneficios de compensación para trabajadores. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación para trabajadores, es posible que se me nieguen dichos beneficios.
- Acuerdo de período introductorio.** Todos los empleados nuevos (ya sea a tiempo completo o parcial) se encuentran en un estado introductorio durante sus primeros 90 días de empleo. A cualquier durante este período, usted o su co-empleador pueden decidir terminar su empleo por cualquier motivo permitido por la ley. Finalización de la introducción El período de validez no dará lugar a ningún contrato de trabajo por un período específico, ni conferirá ningún derecho laboral adicional a ningún empleado.
- Acuerdos vigentes.** Entiendo y acepto que mi trabajo conjunto con PEO no altera, enmienda ni disminuye de ninguna manera ningún acuerdo contractual con mi Compañía Cliente con respecto a los términos de mi empleo o cualquier acuerdo de compensación, acuerdo de no competencia, acuerdo de no solicitud o confidencialidad y que dichos acuerdos no se verán afectados por el acuerdo con PEO. Mis obligaciones y las obligaciones de mi empresa cliente siguen siendo intactas.

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

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

2024

Paso 1:

Anote Su Información Personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? 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 www.ssa.gov/espanol .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado		
<input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos		
<input type="checkbox"/> 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).		

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 y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos 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) Utilice el estimador de retención de impuestos 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, utilice esta opción; **o**
- (b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **o**
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (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 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 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3:

Reclamación de Dependiente y Otros Créditos

Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):

Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$ _____

Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$ _____

Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí

3 \$

Paso 4

(opcional): Otros Ajustes

(a) **Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).** 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.** 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

4(b) \$

(c) **Retención adicional.** Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago

4(c) \$

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.

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).

Fecha

Para Uso Exclusivo del Empleador

Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
----------------------------------	-------------------------	--

Sección 4- Cuestionario de compensación laboral

Este cuestionario no debe responderse a menos que el solicitante haya aceptado una oferta condicional de empleo y no ha comenzado a trabajar

Compañía cliente: _____

Nombre del empleado: _____

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA COMPLETAR ESTA PÁGINA:

Las leyes estatales y federales aplicables prohíben la discriminación basada en discapacidad o la presentación previa de una reclamación para trabajadores. compensación o tomar la licencia médica a la que tenía derecho.

Complete las preguntas de esta página con respecto a su capacidad para realizar las funciones clave del trabajo para el que estáser contratado o para el que fue contratado antes de unirse a J. Gregory PEO, LLC.

No es necesario que incluya información médica que no esté relacionada con su empleo y su trabajo en particular o el que no afectará su capacidad para realizar su trabajo o uno similar.

	Si	NO
1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por una lesión en la cabeza, la espalda, el cuello o la rodilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene o ha padecido alguna vez dolores o molestias en la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez alguna lesión o enfermedad le ha impedido tener un empleo remunerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha tenido una lesión en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha recibido alguna vez una calificación de discapacidad por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha recibido alguna vez compensación o beneficios médicos en virtud de la compensación para trabajadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene alguna limitación (es) que pueda afectar su capacidad para desempeñar el puesto de manera segura o eficaz? Sí NO que le han ofrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique completamente cualquier respuesta "Sí" (utilizando papel adicional si es necesario) _____

Se me ha informado plenamente que si me lesiono en el trabajo, independientemente de cuán leve pueda parecer la lesión, debo informar esa lesión inmediatamente a mi supervisor. J. Gregory PEO, LLC debe enviar un Aviso de lesión. a la compañía de seguros dentro de siete (7) días, según lo requiera la ley.

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Entiendo que cualquier respuesta falsa o engañosa a estas preguntas será razón suficiente para la denegación de beneficios y base para la terminación del empleo. También entiendo que mis respuestas pueden ser verificadas por investigación.

Firma del empleado _____ Fecha: _____

Sección 5- Información de EEO

Completado por el empleado voluntariamente o por observación del empleador

Nombre del empleado: _____

Las agencias gubernamentales como la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU. Requieren que ciertos empleadores mantengan información relacionada con su contratación y prácticas laborales para personas protegidas por las leyes contra la discriminación. Su completar voluntariamente esta sección nos ayudará a cumplir con nuestros requisitos de información. Nos adherimos a una política de brindar igualdad de oportunidades de empleo sin distinción de raza, color, sexo, religión, nacionalidad, edad, discapacidad / discapacidad, estado civil y cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales aplicables.

SI EL EMPLEADO DEBE REALIZAR LA IDENTIFICACIÓN EN SELLO, SE DEBE REALIZAR LA IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR u OBSERVADORA

Finalización de EEO del EMPLEADO: El empleado prefiere no participar en esta encuesta

Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Year _____ Sexo: Masculino Mujer

Etnia: Blanca Negro / afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Asiático
 Hispanic/Latino Indio americano o nativo de Alaska TDos o más carreras

EMPLEADOR EEO Finalización:

Estos datos se completan con base en la observación de _____ Gerente _____ Fecha _____

EMPLEADOR: seleccione Categoría de trabajo (si necesita ayuda para determinar la categoría adecuada, comuníquese con J. Gregory PEO o visite el sitio web de la EEOC en <http://www.eeoc.gov/employers/eeo1survey/jobclassguide.cfm> para obtener orientación).

Ejecutivo / Sr. Oficial Gerente Profesional Técnico Trabajador de ventas
 Apoyo administrativo Trabajador Artesanal Operador Obrero o ayudante Trabajador de servicio

Sección 6 - Configuración del pago del empleado: debe ser completado por el supervisor / gerente del empleado

Compañía Cliente: _____

Ubicación del cliente (si corresponde): _____ Nombre o número del departamento (si corresponde): _____

Fecha original de contratación: _____ Cargo: _____

Código de clase de compensación para trabajadores: _____

Identificación del empleado (si corresponde): _____

Si no está seguro del código de clase adecuado, comuníquese con su especialista en nóminas para obtener ayuda

Clasificación de empleados

Ciclo de pago: Semanalmente Quincenalmente Semestral Mensual
Tipo de pago: Tiempo completo Medio tiempo

**Si necesita ayuda
endeterminando el
apropiadoclasificación
de unempleado como
Exento oNo exento, por
favorcontacta con tu
nóminaEspecialista en
Axis PEO.**

Extento Cada hora Salario
Tasa de pago \$ _____ por _____
 No exento Cada hora Salario (*Deben mantenerse registros de tiempo precisos*)
Sí Tasa de pag \$ _____ por _____
Empleado que recibió propina: No Si
Pago por turno: No Si Sí Tasa de pag \$ _____ por _____
Trabajo a destajo: No Si Sí Tasa de pag \$ _____ por _____
Comisiones: No Si Sí Tasa de pag \$ _____ por _____
Otro: _____

Supervisor, Gerente o Representante autorizado _____ Firma _____ Fecha _____

Título: _____



DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION AND CHANGE REQUEST

Employee Name: _____ Social Security #: _____

I hereby authorize Axis PEO to initiate credit and/or debit entries (if necessary) and adjustments for any credit entries in error to my account. Deposit entries are to be made to the following checking accounts, savings accounts, or Rapid! PayCard accounts:

Depository Account #1

Bank Name: _____

Routing/Transit Number: _____ Account Number: _____

Type of Account (select one): Checking Savings Select One: Activate New Direct Deposit Cancel Existing Direct Deposit

Amount of Paycheck: _____ or Percentage of Paycheck: _____

Depository Account #2

Bank Name: _____

Routing/Transit Number: _____ Account Number: _____

Type of Account (select one): Checking Savings Activate New Direct Deposit Cancel Existing Direct Deposit

Amount of Paycheck: _____ or Percentage of Paycheck: _____

Please attached a VOIDED CHECK if depositing to a checking account and/or a VOIDED DEPOSIT TICKET if depositing to a savings account.

I would like to request a Rapid! PayCard Visa Payroll Card to use for automatic direct deposit of my pay check.

I do not wish to participate in automatic direct deposit. I wish to receive a live check with each payroll.

This authority is to remain in full force and effect until Axis PEO, has received written notification from me of its termination within a reasonable time and manner to allow Axis PEO to act upon said request. There will be approximately one pay cycle of pre-noting until direct deposit is established. ALL FINAL PAYCHECKS WILL BE ISSUED AS LIVE PHYSICAL CHECKS, NOT DIRECT DEPOSIT.

Employee Signature

Date