

Formulario de Datos Para Empleados Nuevos

Sección para el Empleado

Cliente: _____

Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Personal de Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico del Trabajo: _____

Número de Teléfono _____ Número de Celular: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado del Veterano (Optional): _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado

Raza: Caucásico Afroamericano/Negro Hispano/Latino Indio Americano/Nativo De Alaska
 Asiático Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico Dos o más Razas Otro/Retractarse

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

¿Estás sujeto a una orden de asignación de conformidad con la sección 25-504, 25-505, 25-323, o 25-25-323.01 proporcionar manutención de los hijos o cualquier otra orden de embargo? Yes No

(Inicial) _____ Certifico que todas las respuestas dadas por mí a las preguntas y las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas y sin omisiones consecuentes de cualquier tipo.

Sección para el Cliente

Cargo Laboral: _____

Período de Pago: Semanal Quincenal Semi

Descripción del Trabajo: _____

Tipo de Pago: Por Hora Salario Comisión Pieza

Fecha de Contratación (MM/DD/AAAA): _____

Salario: Extento No Exento

Departamento: _____

Tarifa de Pago: Primaria #2 #3 #4

Ubicación: _____

Cantidad: \$ _____

Sección: _____

Estado (Tiempo Completo/Medio Tiempo/Estacional/Temporal): _____

Código del Workers' Comp: _____