



BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 7680

Phone (512) 670-0430

DFW AREA OFFICE

3661 N. Beach Street, Fort Worth, Texas 76137

Phone (817) 759-0069-Fax (817) 759-0082

APLICACIÓN DE EMPLEO

(Cuestionario Pre-Empleo)

UN EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

INFORMACION PERSONAL

LA FECHA: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

NOMBRE: _____

APELLIDO

NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN ACTUAL: _____

CALLE

APT#

CUIDADO

ESTADO

CODIGO POSTAL

DIRECCIÓN PERMANENTE: _____

CALLE

APT#

CUIDADO

ESTADO

CODIGO POSTAL

TELEFONO NO: _____ - _____ - _____ TIENE 18 AÑOS O MAS? Si: ____ No: ____

ERES UN CIUDANO DE LOS ESTADOS UNIDOS O UN EXTRANJERO AUTORIZADO A TRABAJAR EN LOS ESTADOS UNIDOS? Yes: ____ No: ____

EMPLEO DESEADO

EL PUESTO: _____ FETCHA QUE PUEDE COMENZAR: _____

SUELDO DESAEDO: \$ _____ / Hora

¿ESTÁ TRABAJANDO AHORA? (En caso afirmativo, ¿con quién?): _____

¿PODEMOS REQUERIR DE ESTE EMPLEADOR? Si: ____ No: ____

¿ALGUNA VEZ HAS APLICADO A ESTA COMPAÑÍA ANTES? Si: ____ No: ____

¿SI ES ASÍ, DONDE? _____ (DFW, Houston o Austin) ¿CUANDO? _____

EL TRABAJO DE CAMPO POR HORAS ES EL EMPLEO PARCIAL EN UN TRABAJO POR TRABAJO.

REGISTRO FÍSICO:

¿Tiene alguna limitación física que le impida realizar cualquier trabajo para el que está siendo considerado? Yes: ____ No: ____

En caso afirmativo, ¿qué se puede hacer para acomodar sus limitaciones? _____

Por favor describa:

Tenga en cuenta que todo el trabajo de campo requiere que los empleados se doblen durante largos periodos de tiempo y levanten pesas de más de 80 libras a lo largo del día.

En caso de emergencia notifique: _____ - _____ - _____

NOMBRE

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

Al firmar a continuación, acepta lo siguiente:

"CERTIFICO QUE LOS HECHOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y COMPLETOS EN LA MEDIDA DE MI CONOCIMIENTO Y ENTIENDO QUE, SI ESTÁN EMPLEADOS, LAS DECLARACIONES FALSIFICADAS EN ESTA APLICACIÓN SERÁN MOTIVOS DE DESPIDO.

AUTORIZO LA INVESTIGACIÓN DE TODAS LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO Y LAS REFERENCIAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE PARA DARLE CUALQUIER INFORMACIÓN SOBRE MI EMPLEO ANTERIOR Y CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE QUE PUEDA TENER, PERSONAL O DE OTRO MODO, Y LIBERAR A TODAS LAS PARTES DE CUALQUIER DAÑO QUE PUEDA RESULTAR DE PROPORCIONANDO LO MISMO PARA TI.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE, SI SE CONTRATA, MI EMPLEO NO ES POR UN PERÍODO DEFINITIVO Y PUEDE, SIN IMPORTAR LA FECHA DEL PAGO DE MIS SALARIOS Y SALARIOS, TEMPLARSE EN CUALQUIER MOMENTO SIN PREVIO AVISO. "

FECHA: _____ FIRMA: _____

E-VERIFY NOTIFICATION / NOTIFICACIÓN DE E-VERIFY

In accordance with Executive Order 12989, Breda Company, Inc. will E-Verify your Social Security number and right to work documents with the Social Security Administration and the Department of Homeland Security. If there are any discrepancies you will be notified.

De conformidad con la Orden Ejecutiva 12989, Breda Company, Inc. verificará electrónicamente su número de Seguridad Social y sus documentos de derecho a trabajar con la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional. Si hay discrepancias, se le notificará.

Signature / Firma

Date / Fecha

Name / Nombre

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

INTERVIEWED BY: _____ DATE: _____

HIRED: YES _____ NO _____ POSITION _____ DEPT. _____ WAGE/SALARY _____

START DATE: _____ APPROVED BY: _____



BREDA COMPANY, INC.
POLÍTICA DE LUGAR DE TRABAJO SIN DROGAS

- Todos los empleados tienen prohibido usar o estar bajo la influencia de sustancias controladas, inhalables o bebidas alcohólicas durante las horas de trabajo, excepto por el uso legal de sustancias controladas recetadas por un médico autorizado y que se utilizarán solo en la forma, combinación y cantidad prescrito y que solo debe ser utilizado por la persona para la que se prescribe.
- La fabricación, distribución, dispensación, posesión o uso ilícitos de sustancias controladas, inhalables o bebidas alcohólicas en Breda Company, Inc, locales o sitios de trabajo o mientras realiza negocios fuera de las instalaciones de Breda Company, Inc. está absolutamente prohibida. Las sanciones pueden incluir la finalización de un programa apropiado de rehabilitación o asistencia, libertad condicional, expulsión, terminación o derivación a las autoridades para enjuiciamiento. Si un empleado ha sido condenado por un estatuto criminal de drogas, se impondrán sanciones dentro de los 30 días.
- Breda Company, Inc., Reconoce que el abuso de drogas, inhalantes y alcohol puede dar como resultado graves problemas de salud, seguridad y protección. El uso de drogas, inhalantes y alcohol puede alterar el estado de alerta mental de una persona y afectar la capacidad física para completar ciertas tareas. En consecuencia, si un empleado cuyo uso fuera de servicio de drogas, inhalantes o alcohol resulta en ausentismo, tardanza o deterioro del rendimiento laboral, o es la causa de accidentes en el lugar de trabajo, el empleado recibirá una lista de centros de tratamiento y rehabilitación donde puede buscar ayuda. Todo tratamiento o asistencia será a cargo del propio empleado.
- La compañía puede exigir que un empleado sea examinado en busca de drogas o alcohol si existe una sospecha razonable de que el desempeño laboral del empleado se ha visto afectado por el uso de drogas ilícitas, inhalantes o alcohol y existe la creencia razonable de que tal deterioro presenta un riesgo para el seguridad física del empleado u otra persona.
- La compañía realizará evaluaciones aleatorias de drogas, a su discreción, para garantizar el cumplimiento de la política de cuatro lugares de trabajo libres de drogas.
- Como condición para el empleo, cada empleado debe informar a la compañía de cualquier convicción penal relacionada con el estatuto de drogas por una violación que ocurra en el lugar de trabajo o en la propiedad de Breda Company, Inc. a más tardar cinco días después de la condena. Las sanciones impuestas pueden tomar la forma de acciones de personal contra el empleado, que pueden incluir hasta la terminación o requerir que el empleado participe en un programa aprobado de asistencia o rehabilitación por abuso de drogas a su propio costo.

Firma

Fecha



BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 7680

Phone (512) 670-0430

**AVISO:
EMPLEADOS Y SOLICITANTES DE EMPLEO
POLÍTICA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE BREDA COMPANY, INC.**

Es política operativa de Breda Company, Inc. garantizar que los solicitantes estén empleados y que los empleados sean tratados de manera justa durante el empleo, sin importar su raza, religión, sexo, color, origen nacional, edad o discapacidad. Dicha acción incluirá: ascenso de categoría, degradación o transferencia de empleo, reclutamiento o publicidad de reclutamiento, despido o terminación, tasas de pago u otras formas de compensación y selección para capacitación, incluido aprendizaje, pre-aprendizaje y/o capacitación en el trabajo.

También fomentamos el uso de los programas de capacitación disponibles y estaremos encantados de asesorarle sobre qué programas están disponibles, los requisitos de ingreso para cada uno, así como también ayudarlo a solicitar o ingresar a dichos programas. Cualquier supervisor estará encantado de que se ponga en contacto con él.

Breda Company, Inc. es una empresa comercial en desventaja (DBE), que se especializa en la instalación de acero de refuerzo, principalmente en proyectos de carreteras en Texas. Esperamos diversificar nuestra fuerza laboral. Por lo tanto, se anima a presentar la solicitud a todos los solicitantes calificados, independientemente de su raza, color, origen nacional, religión, género, edad (si es mayor de 18 años), discapacidad o condición de veterano de Vietnam. Se recomienda encarecidamente a los solicitantes negros y femeninos.

Se solicita a todos los empleados presentes que alienten a cualquier individuo, independientemente de su raza, color, origen nacional, religión, género, edad (si es mayor de 18 años), discapacidad, sexo o condición de veterano, a presentar una solicitud de empleo en esta empresa o solicitar capacitación. bajo los programas disponibles.

Cualquier queja de presunta discriminación por parte de esta empresa, sus supervisores o empleados, o cualquier persona u organización que actúe en nombre de la empresa debe comunicarse inmediatamente a la atención del Oficial de Igualdad en el Empleo.

Dakota Wood es la responsable de EEO de Breda Company y puede comunicarse con ella al: 817-759-0069

Los empleados tienen derecho a presentar quejas ante la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) al 1-800-669-4000 y la Comisión de Derechos Humanos de Texas (TCHR) al 1-512-437-3450. Están prohibidas las represalias contra una persona que presenta un cargo de discriminación, participa en una investigación o se opone a una práctica laboral ilegal. Todas y cada una de las quejas se procesarán de manera oportuna entre treinta y noventa (30-90) días.

Roberto Breda
Presidente – Breda Company, Inc.
4/2024



UN EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO

BREDA COMPANY, INC.

A DBE Rebar Installation Specialist

P.O. Box 1507, Round Rock, TX 7680

Phone (512) 670-0430

NOTICE DISTRIBUTION

I have received the Notice to Employees Concerning Workers' Compensation, the Notice of Injured Employee Rights, Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System, and Breda Company, Inc.'s EEO Policy, and new health insurance marketplace coverage options and your health coverage.

Yo he recibido el Aviso sobre compensacion para trabajadores en Tejas, Aviso de derechos de empleados lesionados, Responsabilidades en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas, y Política de EEO de Breda Company, Inc., y nuevas opciones de cobertura de mercado de seguros de salud y su cobertura de salud.

Signature / Firma

Date / Fecha

Print / Nombre



**BREDA COMPANY INC.
DFW AREA OFFICE**

3661 N. Beach St. Fort Worth, TX. 76137
Phone (817) 759-0069 Fax (817) 759-0082

CELL PHONE POLICY:

Please note, all Cell Phones, MP3 Players and Personal Wireless or Music Devices should be left in your vehicle and are to be used only on personal time. Not only does it interfere with work, but it is a hazard to be using these devices during work hours. If someone needs to reach you in the case of an emergency, they can contact the office and we will relay the message to you.

As of, May 9, 2018, Foremen will be docking your time by 30 minutes for each violation of this policy, and after the third violation you will be dismissed from the project for the rest of the day. If violations continue to occur after dismissal from the project, further disciplinary action will be taken.

Tenga en cuenta que todos los teléfonos celulares, reproductores de MP3 y dispositivos inalámbricos o de música personales deben dejarse en su vehículo y deben usarse solo a tiempo personal. No solo interfiere con el trabajo, sino que es un peligro usar estos dispositivos durante las horas de trabajo. Si alguien necesita comunicarse con usted en el caso de una emergencia, pueden comunicarse con la oficina y le transmitiremos el mensaje.

A partir del 9 de Mayo de 2018, los capataces estarán atracando su tiempo por 30 minutos por cada violación de esta política, y después de la tercera violación, serán despedidos del proyecto por el resto del día. Si las violaciones continúan ocurriendo después del despido del proyecto, se tomarán medidas disciplinarias adicionales.

I certify that I have read and acknowledged the Breda Company, Inc. cell phone policy and will follow it accordingly.

Certifico que he leído y acepto la política de teléfonos celulares de Breda Company, Inc. y la seguiré en consecuencia.

Signature / Firma

Date / Fecha

Print / Nombre



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

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 31/08/2019

► **EMPIECE AQUÍ:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración (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 Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	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						

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): _____ Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (Vea las instrucciones) Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____
Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
 (Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he asistido en completar la Sección 1 de este formulario, y que a mi mejor entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)			
Apellido (Nombre Familiar)			Primer Nombre (Nombre de pila)		
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal



LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y uno de selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario. 6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el FSM o RMI 	O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo americano 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense <li style="text-align: center;">Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente: 10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones 11. Registro clínico, médico o de hospital 12. Registro guardería o escuela infantil 	Y	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones <ol style="list-style-type: none"> (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS. 2. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en la Parte 13 del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.

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)
----------------------------------	-------------------------	--



New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 5-31-2020)

PART A: General Information

When key parts of the health care law take effect in 2014, there will be a new way to buy health insurance: the Health Insurance Marketplace. To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the new Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away. Open enrollment for health insurance coverage through the Marketplace begins in October 2013 for coverage starting as early as January 1, 2014.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn't meet certain standards. The savings on your premium that you're eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer's health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.5% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.¹

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution –as well as your employee contribution to employer-offered coverage– is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or contact [Daniel O'Brien – 713-937-9270 or hr@bredacompanyinc.com](mailto:Daniel.O'Brien@bredacompanyinc.com)

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit HealthCare.gov for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

¹ An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs.



WORKWELL, TX

Employee Acknowledgment of Workers' Compensation Network

I have received information that informs me how to get health care under my employer's workers' compensation insurance.

If I am hurt on the job and live in a service area described in this packet, I understand that:

- I must choose a treating doctor from the list of doctors in the network. Or, I may ask my HMO primary care physician to agree to serve as my treating doctor. If I select my HMO primary care physician as my treating doctor, I will call Texas Mutual Insurance Company at (844) 867-2338 to notify them of my choice.
- I must go to my treating doctor for all health care for my injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me to a specialist. If I need emergency care, I may go anywhere.
- Texas Mutual will pay the treating doctor and other network providers for the treatment for my compensable injury.
- I may have to pay the bill if I get health care from someone other than a network doctor without prior network approval.

Knowingly making a false workers' compensation claim may lead to a criminal investigation that could result in criminal penalties such as fines and imprisonment.

Signature

Date

Printed name

I live at:

Street address

City

State

Zip code

Name of employer: Breda Company, Inc.

Name of network: WorkWell, TX

To the employer:

Each employee must sign this form when you begin the program or within 3 days of being hired, and at the time an injury occurs. Please indicate at which point this acknowledgement was completed.

- Initiating the network program (companywide)
- Initial employee notification (new hire)
- Injury notification (Date of injury: / /)

Keep this completed form in the employee's personnel file. It could be requested by Texas Mutual.