



---

---

**ANTIGUOS EMPLEADORES** (LISTE LOS ÚLTIMOS TRES EMPRESARIOS QUE EMPEZARON CON LO MÁS RECIENTE)

FECHA                      NOMBRE DEL EMPLEADOR      POSICIÓN                      SALARIO                      MOTIVO DE IRSE

A

FECHA                      NOMBRE DEL EMPLEADOR      POSICIÓN                      SALARIO                      MOTIVO DE IRSE

A

FECHA                      NOMBRE DEL EMPLEADOR      POSICIÓN                      SALARIO                      MOTIVO DE IRSE

A

---

---

**REFERENCIAS** (LISTA A CONTINUACIÓN DE TRES PERSONAS NO RELACIONADAS CON USTED, A QUIEN USTED HA CONOCIDO POR LO MENOS DE UN AÑO)

NOMBRE                      COMERCIO                      DIRECCIÓN                      AÑOS DE CONOCERSE

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

---

---

**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: \_\_\_\_\_

---

---

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**

INTERVIEWED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

HIRED: YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ POSITION \_\_\_\_\_ DEPT. \_\_\_\_\_ WAGE/SALARY \_\_\_\_\_

START DATE: \_\_\_\_\_ APPROVED BY: \_\_\_\_\_



**BREDA COMPANY, INC.**  
A DBE Rebar Installation Specialist

6830 N. Eldridge Pkwy. #505 - Houston, Texas 77041  
Phone (713) 937-9270 Fax (713) 937-6732

**E-VERIFY NOTIFICATION / NOTIFICATION 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



**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

6830 N. Eldridge Pkwy. #505 - Houston, Texas 77041  
Phone (713) 937-9270 Fax (713) 937-6732

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

Es la política operativa de Breda Company, Inc. garantizar que los solicitantes estén empleados y que los empleados reciban un trato justo durante el empleo, independientemente de su raza, religión, sexo, color, nacionalidad, edad o discapacidad. Dicha acción incluirá: actualización de empleo, degradación o transferencia, contratación o publicidad de reclutamiento, despido o terminación, tasas de pago u otras formas de compensación y selección para capacitación, incluido el aprendizaje, aprendizaje previo y / o entrenamiento en el trabajo.

También alentamos el uso de los programas de capacitación disponibles y estaremos encantados de asesorar sobre qué programas están disponibles, los requisitos de ingreso para cada uno, así como ayudar a solicitar o ingresar a dichos programas. Cualquier supervisor estará contento de que lo contacte.

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

Se solicita a todos los empleados actuales que motiven a cualquier persona independientemente de su raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad (si tienen más de 18 años), discapacidad, sexo o estado de veterano para solicitar empleo en esta empresa o solicitar capacitación. bajo los programas disponibles.

Cualquier queja de supuesta discriminación por parte de esta compañía, sus supervisores o empleados, o cualquier persona u organización que actúe en nombre de la compañía debe ser llamada inmediatamente a la atención del Funcionario de Igualdad de Empleo.

Daniel O'Brien es el oficial de EEO para Breda Company y se puede comunicar con la oficina de Houston al: 713-937-9270.

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

Roberto Breda  
Presidente – Breda Company, Inc.  
4/2012

**IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO**



**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"> <li>1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.</li> <li>2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)</li> <li>3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina</li> <li>4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)</li> <li>5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasaporte extranjero; y</li> <li>b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la siguiente:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) El mismo nombre en el pasaporte y</li> <li>(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.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>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</li> </ol>	O	<ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía</li> <li>4. Tarjeta de Registro de Votante</li> <li>5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección</li> <li>6. Tarjeta de identificación de dependiente militar</li> <li>7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU.</li> <li>8. Documento tribal nativo americano</li> <li>9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense</li> <li style="text-align: center;"><b>Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:</b></li> <li>10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones</li> <li>11. Registro clínico, médico o de hospital</li> <li>12. Registro guardería o escuela infantil</li> </ol>	Y	<ol style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>(1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO</li> <li>(2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS</li> <li>(3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.</li> </ol> </li> <li>2. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).</li> <li>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.</li> <li>4. Documento tribal nativo americano</li> <li>5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)</li> <li>6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179)</li> <li>7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional</li> </ol>

**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.**

# 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 <i>State Directory of New Hires</i> (Directorio estatal de personas recién empleadas).		9 Primera fecha de empleo	10 Número de identificación del empleador (EIN)	





**BREDA COMPANY, INC.**  
A DBE Rebar Installation Specialist

6830 N. Eldridge Pkwy. #505 - Houston, Texas 77041  
Phone (713) 937-9270 Fax (713) 937-6732

**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



# Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado  
OMB N.º 1210-0149  
(caduca el 31-5-2020)

## PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

### ¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

### ¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.<sup>1</sup>

**Nota:** Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

### ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con [Daniel O'Brien – 713-937-9270](mailto:Daniel.O'Brien-713-937-9270) or [hr@hredacomnvinc.com](mailto:hr@hredacomnvinc.com).

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

<sup>1</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.



# WORKWELL, TX

## Confirmación del empleo de la red de compensación para trabajadores

He recibido información que me indica cómo puedo obtener servicios médicos bajo el seguro de compensación para trabajadores de mi empleador.

Si sufro una lesión en el trabajo y vivo dentro del área de servicio que se indica en este paquete, comprendo que debo hacer lo siguiente:

- Debo elegir a un médico de tratamiento de la lista de médicos de la red. O bien, puedo solicitar al médico de cabecera de mi HMO que acepte actuar como médico de tratamiento. Si elijo como médico de tratamiento a mi médico de cabecera en la HMO, llamaré a Texas Mutual Insurance Company al (844) 867-2338 para notificar mi elección.
- Debo dirigirme al médico de tratamiento para todos los servicios médicos relacionados con mi lesión. Si necesito un especialista, el médico de tratamiento hará la derivación. Si necesito atención de emergencia, puedo dirigirme a cualquier lugar.
- Texas Mutual abonará al médico de tratamiento y a otros proveedores de la red por el tratamiento de mi lesión susceptible de compensación.
- Si recibo atención médica de un médico no perteneciente a la red, sin la aprobación previa de esta, es posible que tenga que pagar los costos.

La presentación intencional de reclamaciones falsas de compensación para trabajadores puede derivar en una investigación penal y tener como consecuencia sanciones penales, como multas y encarcelamiento.

Firma	Fecha	Nombre en letra de imprenta
-------	-------	-----------------------------

Vivo en: \_\_\_\_\_  
Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Nombre del empleador: Breda Company Inc.

Nombre de la red: WorkWell, TX

### Para el empleador:

Todos los empleados deben firmar este formulario al inicio del programa o dentro de los 3 días después de ser contratados, y al momento en que se produzca una lesión. Sírvase indicar en qué momento se firmó esta confirmación.

- Inicio del programa de la red (en toda la compañía)
- Notificación inicial al empleado (nuevo)
- Notificación de la lesión (fecha de la lesión:        /        /        )

Conserve este formulario completo en el legajo de personal del empleado. Texas Mutual podría solicitarlo.