



SOLDIERS OWNED FACILITY MAINTENANCE, LLC

SOLICITUD DE EMPLEO: *Complete Toda la Solicitud.*

EMPLEADOR: **Soldiers Owned Facility Maintenance, LLC**

DIRECCIÓN: **3422 Business Center Dr Suite 106 #1314, Pearland, Texas 77584**

TELÉFONO: **713-301-2375**

La política de Soldiers Owned Facility Maintenance, LLC es brindar igualdad de oportunidades de empleo a todos los solicitantes y empleados, sin importar su condición legal, como raza, color, religión, género, origen nacional, edad, discapacidad o condición de veterano.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Social Número de Seguridad:

Dirección: Ciudad/Estado/Código Postal:

Teléfono: Licencia de conducir (Estado/Número):

Contacto de Emergencia: Relación: Teléfono:

¿A qué puesto se postula? (Asistente de limpieza/Técnico de piso/Supervisor)

¿Cómo supo de nosotros? ¿Quién le recomendó nuestra empresa? ¿Tiene amigos o familiares que trabajen aquí? En caso afirmativo, indíquelo aquí:

Si es contratado, ¿puede presentar prueba de que es legalmente elegible para trabajar en los Estados Unidos?

Si corresponde, ¿está disponible para trabajar horas extras? Si le ofrecen empleo, ¿en qué fecha estaría disponible para empezar a trabajar?

¿Ha sido condenado alguna vez por un delito grave o menor? ☐ No ☐ Sí ☐ Delito grave ☐ Delito menor

En caso afirmativo, indique los cargos que figuran en su expediente, la fecha y el lugar (ciudad y estado) donde ocurrieron los delitos. (La existencia de antecedentes penales no constituye una inhabilitación automática para el empleo, a menos que sea relevante para el tipo de empleo).

HISTORIAL LABORAL DEL SOLICITANTE: Indique primero su empleo actual o más reciente. Enumere todos los trabajos (incluidos los de autoempleo y el servicio militar) que ha desempeñado, comenzando por el más reciente, y enumere y explique cualquier interrupción en su empleo.

Si necesita más espacio, continúe en el reverso de esta solicitud.

1. Nombre del empleador: Fecha de inicio del empleo / Fecha de finalización del empleo:

Dirección: Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre de la supervisora: ¿Podemos contactar? (Y / N) Teléfono:

Deberes laborales: Motivo de la salida:



SOLDIERS OWNED FACILITY MAINTENANCE, LLC

SOLICITUD DE EMPLEO

2. Nombre del empleador:

Fecha de inicio del empleo / Fecha de finalización del empleo:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre de la supervisora:

¿Podemos contactar? (Y / N)

Teléfono:

Deberes laborales:

Motivo de la salida:

3. Nombre del empleador:

Fecha de inicio del empleo / Fecha de finalización del empleo:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre de la supervisora:

¿Podemos contactar? (Y / N)

Teléfono:

Deberes laborales:

Motivo de la salida:

4. Nombre del empleador:

Fecha de inicio del empleo / Fecha de finalización del empleo:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre de la supervisora:

¿Podemos contactar? (Y / N)

Teléfono:

Deberes laborales:

Motivo de la salida:

5. Nombre del empleador:

Fecha de inicio del empleo / Fecha de finalización del empleo:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Nombre de la supervisora:

¿Podemos contactar? (Y / N)

Teléfono:

Deberes laborales:

Motivo de la salida:

REFERENCIAS DE LA SOLICITANTE: *Enumere dos personas que no sean parientes y que estarían dispuestas a brindarle una referencia.*

1. Nombre:

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono:

Relación:

¿Hace cuanto que conoces esta referencia?

2. Nombre:

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono:

Relación:

¿Hace cuanto que conoces esta referencia?



SOLDIERS OWNED FACILITY MAINTENANCE, LLC

SOLICITUD DE EMPLEO

Proporcione cualquier otra información que crea que debería considerarse para su empleo.

¿Está usted obligado por algún acuerdo con algún empleador actual? Si es así, por favor explique.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: *Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es honesta y precisa. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa será motivo de rechazo de mi solicitud o, si se inicia el empleo, de despido inmediato. Autorizo a Soldiers Owned Facility Maintenance, LLC a contactar a mis antiguos empleadores y organizaciones educativas con respecto a mi empleo y educación. Autorizo a mis antiguos empleadores y organizaciones educativas a comunicarme de forma completa y libre información sobre mi empleo anterior, asistencia y calificaciones. Autorizo a las personas designadas como referencias a comunicar de forma completa y libre información sobre mi empleo anterior y educación.*

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE LA CERTIFICACIÓN ANTERIOR Y ENTIENDO Y ACEPTO SUS TÉRMINOS..

NOMBRE DE LA SOLICITANTE IMPRIMIR

FIRMA DE LA SOLICITANTE

FECHA



SOLDIERS OWNED FACILITY MAINTENANCE, LLC

Cuestionario de Antecedentes Médicos

Cuestionario de antecedentes médicos de concordancia con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Esto permitirá que Soldiers Owned Facility Maintenance, LLC evalúe y Proporcionar adaptaciones razonables para cualquier discapacidad que pueda tener. Su información se mantendrá confidencial en un archivo médico designado por separado.

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Social Número de Seguridad:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	Teléfono:
Puesto / Departamento:		
Contacto de Emergencia:	Relación:	Teléfono:

INSTRUCCIONES: En las siguientes preguntas, marque Y para SÍ y N para NO. Indique las fechas de las respuestas SÍ. No omita ninguna pregunta.

Dolores de cabeza severos	Y / N	Retraso mental/dificultad de aprendizaje	Y / N
Mareos o desmayos	Y / N	Afecciones oculares/de la visión (anteojos, lentes de contacto, lentes de color ceguera, etc.)	Y / N
Epilepsia/convulsiones	Y / N	Hernia (ruptura)	Y / N
Anemia/hemofilia/otro trastorno sanguíneo	Y / N	Úlceras	Y / N
Fiebre reumática	Y / N	Problemas de riñón o vejiga	Y / N
Diabetes	Y / N	Hepatitis/enfermedad del hígado	Y / N
Hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en sangre)	Y / N	Esclerosis múltiple	Y / N
Enfermedad cardíaca	Y / N	Enfermedad de Parkinson	Y / N
Hipertensión	Y / N	Problemas de la piel	Y / N
Venas varicosas o úlceras en las piernas	Y / N	Prueba cutánea de tuberculosis (PPD) positiva	Y / N
Inflamación de las venas o coágulo de sangre	Y / N	Complicaciones debidas o asociadas al embarazo	Y / N
Tiroides	Y / N	Alcoholismo/adicción a las drogas	Y / N
Fiebre del heno/asma/trastorno respiratorio	Y / N	Crisis nerviosa, enfermedad mental, psiquiatría tratamiento o asesoramiento	Y / N
Tos crónica	Y / N	Artritis/reumatismo	Y / N
Dificultad para respirar	Y / N	Dolores de espalda	Y / N
Dolor en el pecho	Y / N	Lesión en la cabeza	Y / N
Tuberculosis	Y / N	Lesión de cuello o espalda	Y / N
Sordera total/pérdida auditiva/problemas de oído	Y / N		



SOLDIERS OWNED FACILITY MAINTENANCE, LLC

Cuestionario de Antecedentes Médicos

Lesión en pierna/rodilla/cadera/tobillo	Y / N	Discapacidad residual por polio	Y / N
Lesión en codo/hombro/muñeca/brazo/mano	Y / N	Distrofia muscular	Y / N
Esfuerzo repetitivo	Y / N	Parálisis cerebral	Y / N
Artroscopia de una articulación	Y / N	Uso de productos de tabaco (la respuesta es opcional)	Y / N
Disco herniado (deslizado)	Y / N	Trastornos del sistema inmunológico (la respuesta es opcional)	Y / N
Extirpación quirúrgica de un disco o fusión espinal	Y / N	¿Alguna vez has recibido tratamiento quiropráctico?	Y / N
Cirugía de rodilla	Y / N	Aumento de la fatiga	Y / N
Cualquier fractura/hueso roto	Y / N	¿Hay alguna pregunta anterior que no entienda? Entonces, por favor identifique:	Y / N
Cualquier otra cirugía ortopédica	Y / N		
Amputación de una parte del cuerpo	Y / N		
Osteomielitis crónica	Y / N		
Osteoporosis	Y / N		

¿Alguna vez ha recibido tratamiento o cirugía por algún problema de espalda, cuello, rodilla o cabeza?

¿Tiene o ha tenido dolores o molestias en la espalda?

¿Alguna vez te han operado?

Adicional Comentarios:

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL EQUIPO IMPRIMIR

FIRMA DEL MIEMBRO DEL EQUIPO

FECHA



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

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: 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 de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)		Otros Apellidos Utilizados (si alguno)		
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apartamento (si corresponde)		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	
Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.		Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):						
		☐ 1. Ciudadano de Estados Unidos						
		☐ 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)						
		☐ 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS:)						
		☐ 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa):						
		Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:						
		USCIS/Número A		OR	Formulario I-94 Número de Admisión		OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión
Firma del Empleado						Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar [la certificación de preparador y/o traductor](#) en la página 4.



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

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 05/31/2027

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		o	Lista B	Y	Lista C
Título del Documento 1					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Título del Documento 2		Información Adicional			
Autoridad Emisora		Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.			
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Título del Documento 3					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.			Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):		
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado		Firma del Empleador o Representante Autorizado		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal				

Para la reverificación o recontractación, complete el [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.

* Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A

o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).

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
1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.		1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.	1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.
2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)		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.	2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).
3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina		3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía	3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.
4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)		4. Tarjeta de Registro de Votante	4. Documento tribal de indio americano
5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: (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.		5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)
		6. Tarjeta de identificación de dependiente militar	6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)
		7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.	7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 en uscis.gov/i-9-central .
		8. Documento tribal de indio americano	El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4 , no es documento de la Lista C.
		9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense	
		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	
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 el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI			

Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

- Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado; - Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551; - Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.	O	Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado	Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.
--	---	--	---

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



Suplemento A, Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
Suplemento A
OMB No.1615-0047
Expire 05/31/2027

Apellido (Nombre de Familia) como en la Sección 1.	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la Sección 1.
--	---	--

Instrucciones: Este suplemento debe ser completado por cualquier preparador y/o traductor que ayude a un empleado a completar la Sección 1 del Formulario I-9. El preparador y/o traductor debe ingresar el nombre del empleado en los espacios proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal



Suplemento B,
Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No.1615-0047
Expires 05/31/2027

Apellido (<i>Nombre Familiar</i>) como en la Sección 1	Primer Nombre (<i>Nombre de pila</i>) como en la Sección 1	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---	---	---------------------------------------

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

Marque aquí si usó un procedimiento
alterno autorizado por DHS para
examinar documentos.

Fecha de recontratación (si aplica)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

Marque aquí si usó un procedimiento
alterno autorizado por DHS para
examinar documentos.

Fecha de recontratación (si aplica)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
---	--	---------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

Marque aquí si usó un procedimiento
alterno autorizado por DHS para
examinar documentos.