



Lista de verificación de nuevos empleados

- ❖ Solicitud completada (dirección de correo electrónico)
- ❖ Copia de DNI y Tarjeta de Seguro Social
- ❖ W4
- ❖ Formulario de Compensación al Trabajador Empleado
- ❖ I-9
- ❖ Formulario de política de la empresa
- ❖ Contrato de tarjeta de crédito de la empresa (si se emite)
- ❖ Depósito directo
- ❖ Propiedad del Acuerdo de Busy B (si se emite alguno)
- ❖ Acuerdo hotelero/casa
- ❖ Formulario OAG
- ❖ Informe diario y acuerdo de reunión de seguridad

Por favor, devuelva TODOS LOS formularios COMPLETOS para convertirse en un nuevo empleado en Busy B's Steel Erectors, LLC. No podremos procesar hasta que se completen todos los formularios.

¡Bienvenido y le agradecemos el trabajo duro!



Busy B's Steel Erectors

501 Walnut Creek Dr.

Azle, TX 76020

817-752-2131

Employment Application

Application Information

Full Name: _____ Date: _____
Last First M.I.

Address: _____
Street Address Apartment/Unit #

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone: _____ Email: _____

Date Available: _____ SS # _____ DOB: _____

Desired Salary \$ _____ Position Applying For: _____

Are you a citizen of the U.S.? ☐ ☐
yes no If no, are you authorized to work in the U.S.? ☐ ☐
yes no

Have you ever worked for this company? ☐ ☐ If yes, when: _____
yes no

Have you ever been convicted of a felony? ☐ ☐
yes no

If yes, please explain: _____

Education

High School: _____ Address: _____ Diploma: _____
From: _____ To: _____ Did you graduate? ☐ ☐
yes no

College: _____ Address: _____
From: _____ To: _____ Did you graduate? ☐ ☐ Degree: _____
yes no

College: _____ Address: _____
From: _____ To: _____ Did you graduate? ☐ ☐ Degree: _____
yes no

References

Please list 3 professional references.

Name: _____ Address: _____
Company: _____ Phone: _____
Address: _____

Name: _____ Address: _____
Company: _____ Phone: _____
Address: _____

Name: _____ Address: _____
Company: _____ Phone: _____
Address: _____

Previous Employment

Company: _____ Phone: _____
Address: _____ Supervisor: _____
Job Title: _____ Starting Salary \$ _____ Ending Salary \$ _____
Responsibilities: _____
From: _____ To: _____ Reason for leaving: _____
May we contact your previous supervisor for a reference? ☐ ☐
yes no

Company: _____ Phone: _____
Address: _____ Supervisor: _____
Job Title: _____ Starting Salary \$ _____ Ending Salary \$ _____
Responsibilities: _____
From: _____ To: _____ Reason for leaving: _____
May we contact your previous supervisor for a reference? ☐ ☐
yes no

Company: _____ Phone: _____
Address: _____ Supervisor: _____
Job Title: _____ Starting Salary \$ _____ Ending Salary \$ _____
Responsibilities: _____
From: _____ To: _____ Reason for leaving: _____
May we contact your previous supervisor for a reference? ☐ ☐
yes no

Disclaimer Signature	
I certify that my answers are true and complete to the best of my knowledge.	
If this application leads to employment, I understand that false or misleading information in my application or interview may result in my release of employment with Busy B's Steel Erectors.	
Signature: _____	Date: _____
Emergency Contact: _____	Relationship: _____ Phone: _____

Certificado de Retenciones del Empleado► **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**► **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**► **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

OMB No. 1545-0074

2021**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) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado ☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos ☐ 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, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2:**Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan**

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo 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 los Pasos 3 a 4); o

(b) Utilice la Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario. ► ☐

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) 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(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3:**Reclamación de dependientes**

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 y anote el total aquí

3

\$

Paso 4 (opcional):**Otros ajustes**

(a) **Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo).** 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)

Para el Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites, vea la página 3.

Cat. No. 38923Y

Form **W-4(SP)** (2021)

Paso 2(b) — Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos (Guardar en sus archivos)

Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4(SP) (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo en UN Formulario W-4(SP)**. La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales; o puede utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 **Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila **"Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO"** y la columna **"Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO"**, encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 1. Luego, **pase a la línea 3** . . . 1 \$
- 2 **Tres empleos.** Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, **pase a la línea 3**.
 - a Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila **"Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO"** y los salarios anuales para el siguiente trabajo que le paga mejor en la columna **"Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO"**. Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote el resultado en la línea 2a . . . 2a \$
 - b Sume los salarios anuales de la línea 2a de los dos empleos mejor pagados y utilice ese total como los salarios en la fila **"Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO"** y utilice los salarios anuales para su tercer trabajo en la columna **"Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO"** para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 y anote el resultado en la línea 2b . . . 2b \$
 - c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c . . . 2c \$
- 3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etcétera . . . 3
- 4 **Divida** la cantidad anual en la línea 1 o la línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Anote esta cantidad aquí y en el **Paso 4(c)** del Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** (junto con cualquier otra retención adicional que desee) . . . 4 \$

Paso 4(b) — Hoja de Trabajo para Deducciones (Guardar en sus archivos)

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2021 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos . . . 1 \$
- 2 Anote:

• \$25,100 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos • \$18,800 si es cabeza de familia • \$12,550 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado	}	. . . 2 \$
--	---	------------
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote "-0-" . . . 3 \$
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040(SP))). Vea la Publicación 505 para más información . . . 4 \$
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) . . . 5 \$

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para cumplir con las leyes que rigen la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuesto federal sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (territorios) estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas, y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para propósitos del *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y

estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.



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: _____

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.



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 10/31/2022

► **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 DISCRIMINACIÓN: 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):

☐ 1. Un ciudadano de los Estados Unidos
☐ 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)
☐ 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
☐ 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: _____ 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ 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

STOP El Empleador Completa la Siguiente Página STOP



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 10/31/2022

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		Información Adicional Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio		
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ (Vea las instrucciones para excepciones)

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	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	Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones (Para ser completado y firmado por el empleador o representante).

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontractación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	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 los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

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



Políticas de la compañía de erectores de acero de B ocupados

Los empleados de Busy B deben seguir TODAS las normas de seguridad. No seguir las normas de seguridad dará lugar a la suspensión del día y una advertencia por escrito. SIN EXCEPCIONES!!

Asistencia:

Ser puntual es muy importante. Se requiere una llamada telefónica a Bryan o a su foreman si llegas más de 5 minutos tarde. La tardanza habitual dará lugar a la separación de la empresa.

Código de vestimenta y herramientas:

Si usted no se viste correctamente y tiene todas las herramientas necesarias, se le suspenderá por el día. También recibirá una advertencia por escrito.

Abuso:

Busy B's se reserva el derecho de probar drogas a cualquier empleado en cualquier momento por cualquier motivo. No se tolerará el abuso de sustancias. Si una prueba de drogas falla, usted será terminado inmediatamente.

Prueba de 90 días:

Nuevas contrataciones dentro de los primeros 90 días de ser contratado, Busy B's puede terminar su empleo por cualquier motivo.

Advertencia por escrito: si recibe una advertencia por escrito, será puesto en una prueba de prueba de 90 días; Busy B's se reserva el derecho de terminar su empleo por cualquier motivo durante este tiempo.

Reembolso:

Si usted renuncia con un aviso de 14 días hábiles o se termina: Por viáticos, alojamiento, equipo no devuelto, cualquier adelanto en efectivo recibido de Bryan Collins u otro empleado, y cualquier certificación pagada por Busy B's se mantendrá fuera de su último cheque de pago.

Advertencia escrita:

Busy B's emitirá una advertencia por escrito cuando sea necesario. (Foreman's: errores de nómina, tiempo errores, mal uso de las tarjetas de crédito de la empresa, riesgos de seguridad en los puestos de trabajo, etc.) (Empleados: retraso habitual, peligros de seguridad, falta de herramientas adecuadas, etc.) Después de una advertencia por escrito, se le colocará en un probation de 90 días. Durante esta prueba, usted puede ser despedido por cualquier motivo.

Firma: _____

Fecha: _____



501 Walnut Creek Drive
Azle, TX 76020

Hotel/House Agreement

I _____, agree I am solely responsible for the care and upkeep of any home or motels that I stay in. If anything is damaged, etc, I agree that myself and the crew will be responsible for **ANY AND ALL CHARGES**. The total of the charges will be split between each member in the crew. **I understand this will be withheld from payroll check.**

Employee Signature

Date

Employer/Office personnel

Date



Acuerdo de Reunión de Informes Diarios y Seguridad

Informes diarios

- **Debe** completarse **diariamente**
- Enviar al personal de la oficina **diariamente**
- **Debe** llenarse por completo

Reuniones de seguridad

- **Debe** tener una reunión de *seguridad* con su tripulación una vez a la semana
- Asegúrese de que **todos** firmen el letrero en la hoja
- Enviar al personal de la oficina **semanalmente**

Yo, _____ capataz en Busy B's Steel Erectors estoy de acuerdo con los estándares descritos en este acuerdo. El personal de la oficina le recordará **UNA** vez, y si no hace su trabajo, usted entiende que su cheque se mantendrá hasta que el papeleo se envíe al personal de la oficina.

Signature

Date



Employee Direct Deposit Authorization

Instructions

Employee: Fill out and return to your employer.

Employer: Save for your files only.

This document must be signed by employees requesting automatic deposit of paychecks and retained on file by the employer. Do **not** send this form to Intuit. Employees must attach a voided check for each of their accounts to help verify their account numbers and bank routing numbers.

Account 1

Account 1 type: ☐ Checking ☐ Savings

Bank routing number (ABA number): _____

Account number: _____

Percentage or dollar amount to be deposited to this account: _____

Account 2 (remainder to be deposited to this account)

Account 2 type: ☐ Checking ☐ Savings

Bank routing number (ABA number): _____

Account number: _____

attach a voided check for each account here

Authorization (enter your company name in the blank space below) _____

This authorizes _____ (the "Company") to send credit entries (and appropriate debit and adjustment entries), electronically or by any other commercially accepted method, to my (our) account(s) indicated below and to other accounts I (we) identify in the future (the "Account"). This authorizes the financial institution holding the Account to post all such entries. I agree that the ACH transactions authorized herein shall comply with all applicable U.S. Law. This authorization will be in effect until the Company receives a written termination notice from myself and has a reasonable opportunity to act on it.

Authorized signature: _____ Employee ID #: _____

Print name: _____ Date: _____

Texas Employer New Hire Reporting Form



Submit within 20 calendar days of new employee's first day of work to:
ENHR Operations Center, P.O. Box 149224
 Austin, TX 78714-9224
 Phone: 1-800-850-6442 FAX: 1-800-732-5015
 Online: www.employer.texasattorneygeneral.gov

To ensure the highest level of accuracy, please print neatly in capital letters and avoid contact with the edges of the boxes. The following will serve as an example:

A B C

1 2 3

Employer Information

1. Federal Employer ID Number (FEIN):
Please use the same FEIN that appears on quarterly wage reports.
 8 3 2 7 1 7 1 9 5

2. State Employer ID Number (Optional):
 1 6 1 4 8 0 3 4 7

3. Employer Name:
 B U S Y B ' S S T E E L E R E C T O R S L L C

4. Employer Address (Please indicate the address where the Income Withholding Orders should be sent):
 8 8 9 3 5 F M 7 3 0

5. Employer City (if US):
 B o y d

6. State (if US):
 T X

7. ZIP Code (if US):
 7 6 0 2 3 -

8. Province/Region (if foreign):

9. Country (if foreign):

10. Postal Code (if foreign):

11. Employer Telephone (Optional):
 8 1 7 7 5 2 2 1 3 1

12. Employer FAX (Optional):

13. New Hire Contact Person (Optional):

Employee Information

14. Social Security Number (SSN):

15. Date of Hire (MM/DD/YYYY):

16. Employee First Name:

17. Employee Middle Name:

18. Employee Last Name:

19. Employee Home Address:

20. Employee City (if US):

21. State (if US):

22. ZIP Code (if US):

23. Province/Region (if foreign):

24. Country (if foreign):

25. Postal Code (if foreign):

26. State Where Employee Was Hired (Optional):

27. Employee DOB (MM/DD/YYYY) (Optional):

28. Employee's Salary (Dollars and Cents) (Optional):

29. Salary Frequency (Check One ONLY) (Optional):
☐ Hourly ☐ Weekly ☐ Biweekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly ☐ Annually



8893 S. FM 730
Boyd, TX 76023
Office: 817-752-2131

STOP WORK AUTHORITY PROGRAM

PURPOSE

The purpose Stop Work Authority (SWA) Program is to provide employees and contract workers with the responsibility and obligation to stop work when a perceived unsafe condition or behavior may result in an unwanted event. Busy B's Steel Erectors, LLC. considers no activity to be so urgent or important that its standards for environmental protection, safety or health may be compromised. Employees and contract workers have the right and responsibility not to perform tasks or activities they feel pose undue risk to themselves, co-workers or the environment.

Stop work actions take precedence over all other priorities and procedures.

It's Busy B's Steel Erectors, LLC. policy that:

- All employees, contractors and employees of contractors have the authority and obligation to stop any task or work when the control of health, safety and environmental (HSE) risks are not clearly established or understood.
- No work will resume until all SWA issues and concerns have been adequately resolved.
- No form of retribution or intimidation directed at any employee exercising their stop work authority will be tolerated.

SCOPE

This program applies to all Busy B's Steel Erectors, LLC. employees and contract workers at Busy B's Steel Erectors, LLC. job sites.

STOP WORK AUTHORITY ROLES AND RESPONSIBILITIES

- **Busy B's Steel Erectors, LLC. employees and contract workers** are responsible for initiating stop work intervention when appropriate, supporting the intervention of others, reporting all stop work actions and assisting in the investigation of SWA matters.
- **Foremen, supervisors and managers** Foremen, supervisors and managers should promote a culture where SWA is exercised freely, work to investigate and address SWA concerns and ensure all SWA concerns are addressed before work resumes. These individuals ensure all necessary stop work follow-up is completed and that all stop work reports are filed and reviewed.
- **Safety directors** Safety directors provide training on workplace HSE risks. They also provide training materials, support employees, maintain associated documentation and monitor compliance of the SWA program. All SWAs concerns will be documented by the safety director to assess trends and share lessons learned.

• **Senior management**—Senior management creates a culture that promotes SWA, allows SWA to be exercised freely, establishes clear expectations and responsibilities, resolves SWA conflicts when they arise and holds accountable anyone who chooses not to comply with established SWA policies. They also hold employees and contractors accountable for full compliance with the SWA program. All stop work reports will be reviewed by senior management.

STOP WORK AUTHORITY PROCEDURES

SWA is executed using a several-step process that generally includes STOP, NOTIFY, INVESTIGATE, CORRECT, RESUME, FOLLOW UP and DOCUMENT. While situations may differ, the following steps should be the framework for all SWA interventions.

1. **Stop work**—When a person identifies a perceived unsafe condition, act, error, omission or lack of understanding, a : 1 SWA intervention shall be immediately initiated with the person(s) potentially at risk. Once a stop work intervention has been initiated, all work must stop immediately. If the supervisor is readily available and the affected person(s), equipment or environment is not in imminent danger, coordinate the stop work action through the supervisor. The stop work action should be clearly identified as a stop work action and initiated in a noncombative manner directly with those at risk. Stop work interventions should be initiated in a positive manner by briefly introducing yourself and starting a conversation with the phrase “I am using my stop work authority because.” Using this phrase will clarify the user’s intent and set expectations as detailed in this procedure.
2. **Notify**—Notify all affected personnel and supervisors of the stop work action. If necessary, stop work activities that are associated with the work area in question. Make the area(s) as safe as possible by removing personnel and stabilizing the situation.
3. **Investigate**—Once the work is stopped and all affected personnel and supervisors are notified, the issue will be investigated to determine the cause of the unsafe condition, act, error, omission or lack of understanding and potential ways to correct the issue.
4. **Correct issues**—If all parties come to an agreement that the condition or behavior is safe to proceed without modifications, then resume work. If it is determined and agreed that the stop work issue is valid, then every attempt should be made to resolve the issue to the satisfaction of all affected persons before work is restarted. This may require modifications of the working environment or the introduction of new controls. If the stop work issue cannot be resolved immediately, suspend work until a proper resolution is achieved. When opinions differ as to the validity of the stop work issue or adequacy of the resolution actions, Busy B’s Steel Erectors, LLC. makes the final determination.
5. **Resume operations**—The affected area(s) will be reopened for work by personnel with restart authority. All affected employees and contractors will be notified of what corrective actions were implemented and that work will recommence. No work will resume until all issues and concerns have been addressed.

6. **Conduct follow-ups**—The desired outcome of any SWA intervention is to address safety concerns to the satisfaction of all involved persons/parties prior to resuming work. While most issues can be resolved in a timely fashion, occasionally additional investigation and corrective actions may be required to identify and address root causes of the safety concern. SWA interventions that require additional investigation or follow-up will be handled utilizing Busy B's Steel Erectors, LLC. existing protocols and procedures for examining HSE risks.

7. **Document**—All SWA interventions initiated under the authority of this program shall be documented on Busy B's Steel Erectors, LLC. "Stop Work Authority Reporting Form." Reports should include as much detail about the intervention as reasonably possible. At minimum, all reports should include the following information:

- a. Date of the SWA Intervention;
- b. Employee(s)/worker(s) involved;
- c. Description of the unsafe condition or hazard that triggered the SWA intervention;
- d. Corrective action used to correct the condition or hazard, if applied; and
- e. Remaining unsafe conditions or hazards that must be addressed.

All SWA incident report forms will be reviewed by Busy B's Steel Erectors, LLC. safety directors and senior management to ensure compliance with this program, determine the quality of intervention, identify and address workplace hazards, and identify opportunities for improving the program.

All SWA incident reports will be maintained by Busy B's Steel Erectors, LLC. for a minimum **(2) Years**

STOP WORK AUTHORITY TRAINING

Training regarding this SWA program will be conducted as part of all new employee and contractor orientations.

This training will include education on:

- The importance of SWA
- The benefits of SWA
- Busy B's Steel Erectors, LLC. Account's commitment to SWA
- SWA roles and responsibilities
- The contents of this program and SWA procedures

