ISIhr.com
Your business just got easier

Información del Empleado / Form de Cambio

Favor de completar claramente lo indicado en esta página:

☐ Empleado Nuevo **O** ☐ Camhiar a Empleado Existente Si es existente, fecha de cambio: _____

Si va a realizar algún cambio, por favor indique el tipo de cambio que se están haciendo por debajo de:

☐ Dirección, Correo Electrónico o Teléfono ☐ Tasa de Pago ☐ Estatus ☐ Título de Trabajo ☐ Contacto de Emergencia
☐ Otro: _____

Parte 1 :: Información del empleado **(deberá ser llenada por el empleado)**

Apellido del Empleado: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Sufijo: _____
(Ingrese el nombre del empleado anteriormente como aparece en la tarjeta del empleado del Seguro Social o de la Documentación Legal luego adjuntar una copia)

Seguro Social: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Fecha de Nacimiento: {MM/DD/AÑO} _____

Teléfono: (principal) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Teléfono: (móvil) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

La Dirección Física Actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Dirección Postal Actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Telefono de Contacto de Emergencia: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Licencia de Conducir: _____ Fecha de Expedición: _____ Fecha de Expiración: _____

Estado Empleado en: _____ El Código Postal de la Ubicación Empleo: _____

Aplican Impuestos Locales? ☐ Si ☐ No Si aplica, proveer el nombre de autoridad fiscal: _____

Información EEOC: (opcional, cualquier información proporcionada será considerada confidencial para ser usada solo en reportes de agencias estatales o federales)

Veterano: ☐ Si ☐ No Fechas de Servicio: _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

Raza: ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiatico ☐ Afroamericano ☐ Hispanico o Latino
☐ Nativo de Hawaii o Isleño del Pácifico ☐ Dos o Más Razas ☐ Caucasico Género: ☐ Maculino ☐ Femenino

Parte 2 :: Información de Trabajo **(para ser llenado por el cliente contacto)**

Cliente / Nombre de Compañia: _____ Cliente #: ☐☐☐☐☐

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Contratación Original: _____ Fecha de Contratación PEO: _____

Estatus: ☐ Tiempo Completo ☐ Temporal / Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Temporal / Medio Tiempo ☐ Internado

Departmento: _____ Título de trabajo: _____ Puesto Código: _____

Tasa de Pago: _____ Tasa Anterior de Pago: (si se cambia) _____ Tipo: ☐ Por Hora ☐ Salario ☐ Comisión

Frecuencia de Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Semi-Mensual ☐ Mensual Beneficiarse Clase Elegibilidad: _____

_____ _____
Firma de Empleado Fecha (MM/DD/AÑO)

_____ _____
Firma de Supervisor Fecha

Para uso interno solo: No esciba debajo de esta linea					
Verified Paperwork:	☐ I-9 ☐ W-4 ☐ Direct Deposit	W/C Code:		W/C State:	