



## **POLÍTICAS DE EMPLEO, CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN PARA INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES**

En consideración a mi empleo, acepto cumplir con las reglas y regulaciones de Finish Line Staffing, LLC ("la Compañía") y acepto que mi empleo y compensación pueden ser terminados con o sin causa y con o sin previo aviso en cualquier momento a elección de la Compañía o de mí. Entiendo y acepto que los términos y condiciones de mi empleo pueden ser cambiados, con o sin causa, y con o sin previo aviso, en cualquier momento por la Compañía. Entiendo que ningún representante de la Compañía, aparte del Presidente de la Compañía, tiene autoridad alguna para celebrar cualquier contrato o acuerdo contrario a lo anterior.

## **EMPLEADOR DE OPORTUNIDADES DE EMPLEO IGUALES**

FINISH LINE STAFFING, LLC (la "Empresa") se compromete a igualar oportunidades de empleo para todas las personas calificadas, sin tener en cuenta la raza, color, ascendencia, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o cualquier otra razón legalmente protegida. Esto se aplica a todas las prácticas de empleo, incluyendo contratación, promociones, capacitación, acción disciplinaria, pago, terminación y beneficios.

## **POLÍTICA DE SEGURIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO, AUTORIZACIÓN DE BÚSQUEDA Y CONSENTIMIENTO**

La política de la Compañía y la política de sus clientes son proporcionar un entorno de trabajo seguro para los empleados. La posesión no autorizada en las instalaciones de la Compañía o de un cliente de la Compañía de cualquier parte capaz de infligir daño corporal o muerte a otra persona o dañar la propiedad está estrictamente prohibida.

## **EMPLEO A VOLUNTAD**

La relación entre la Compañía y sus empleados es de empleo a voluntad. Esto significa que la Compañía o el empleado tiene el derecho de terminar la relación laboral en cualquier momento, con o sin causa, por cualquier motivo o sin motivo. Esta relación de empleo a voluntad no puede ser modificada por ningún acuerdo oral o implícito en contrario.

Entiendo que nada en esta Aplicación altera o cambia mi estatus de empleo a voluntad. También reconozco que la Compañía, a su entera discreción, puede agregar, revocar o modificar las políticas, prácticas y procedimientos contenidos en este documento.

## DESEMPLEO A VOLUNTAD

Dado que la relación entre la Compañía y los empleados es de empleo a voluntad, entiendo que el empleo de la Compañía comienza cuando estoy asignado a un cliente de la Compañía y empiezo a trabajar en las instalaciones del cliente o en el sitio de trabajo. La relación de empleo a voluntad con la Compañía se termina y he dejado voluntariamente el empleo en la Compañía si no me reporto a la Compañía para trabajar la mañana después de la conclusión de una asignación de trabajo en el momento indicado. Si no me reporto a trabajar a la hora señalada la mañana siguiente a la finalización de una asignación de trabajo, entiendo y acepto que habría renunciado voluntariamente y perdido todos y cada uno de los derechos que pueda tener a beneficios de compensación por desempleo.

## POLÍTICA DE ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS; AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

De acuerdo con la Ley de Lugar de Trabajo Libre de Drogas de 1988 y esta política, la Compañía se compromete a mantener un lugar de trabajo que esté libre del uso de drogas ilegales o el uso o abuso de alcohol. La Compañía no tolerará el uso o posesión ilegal de alcohol y sustancias controladas en sus instalaciones o en las instalaciones o en el lugar de trabajo de un cliente ni permitirá que las personas "bajo las influencias" o que parezcan estar "bajo la influencia" trabajen. Para asegurar el cumplimiento de esta política, y además de cualquier requisito de la ley o regulaciones, todos los solicitantes pueden estar sujetos a pruebas de drogas antes del empleo y todos los empleados actuales están sujetos a sospechas razonables, post-accidente, aleatorio periódico y solicitados pruebas periódicas de drogas de orina aleatorias y / o alcohol de aliento como una condición de empleo inicial y continuo.

1. Si usted ha aceptado tomar una prueba de medicamentos y está tomando un medicamento prescrito por su médico asistente, por favor notifique al Gerente de la Oficina inmediatamente y documente su uso autorizado, incluyendo una copia verdadera y correcta de la receta, la fecha de su emisión y el nombre de su médico.
2. Las pruebas de sospecha razonable de drogas y/o alcohol se realizarán en caso de accidente o siempre que un miembro de la dirección de la Compañía o el cliente haga observaciones que le den a esa persona razones para creer que su apariencia o comportamiento puede indicar el uso de drogas o alcohol. Ejemplos de tal apariencia o comportamiento incluyen, sin limitación, el olor del alcohol, la marihuana u otras drogas ilegales y patrones del habla consistentes con dicho uso.
3. Las pruebas de drogas y/o alcohol se realizarán solo con su consentimiento por escrito.
4. Si sospecha que su compañero de trabajo está violando esta política, es su responsabilidad reportar dicha actividad inmediatamente a un miembro de la gerencia de la Compañía. Dicho informe seguirá siendo confidencial.
5. By usted reconoce esta política, usted acepta que mantendrá inofensivas a todas las partes involucradas en la recolección y análisis de su espécimen, lo que significa que no los demandará ni los hará responsables de ninguna reclamación que pueda tener contra una o más de ellas, incluyendo, sin, interferencia con su obtención o continuar su empleo. Una fotocopia o facsímil de esta autorización puede ser liberado a las instalaciones seleccionadas por la Compañía de vez en cuando para llevar a cabo las pruebas y análisis.

6. Autorizo especialmente a cualquier médico, médico o centro de atención médica a divulgar los resultados de cualquier prueba de drogas/alcohol a la Compañía o a su representante legal.

#### POLÍTICA DE ACOSO SEXUAL Y OTROS ACTOS ILEGALES

Los avances sexuales no deseados, las solicitudes de favores sexuales y otras conductas físicas, verbales o visuales basadas en un sexo pueden constituir acoso sexual, una forma de discriminación sexual ilegal prohibida por las leyes estatales y federales. Esta conducta es ilegal cuando la presentación a la conducta es un término o condición de empleo explícito o implícito, sumisión a la conducta es una decisión de empleo o la conducta tiene el propósito o efecto de interferir injustificadamente con el desempeño laboral de una persona.

Si experimenta algún acoso relacionado con el trabajo descrito anteriormente o cree que ha sido tratado de manera ilegal y discriminatoria, reporte rápidamente el incidente a su supervisor local del departamento de Recursos Humanos al 502-690-5141, quien investigará el asunto y tomará las medidas correctivas y correctivas apropiadas contra el empleado ofensivo o abordará el problema con el cliente, si el supuesto acoso es por parte del empleado de un cliente. Su queja debe ser presentada por escrito y contener hechos suficientes para permitir que el investigador lleve a cabo una investigación significativa sobre los hechos y circunstancias que rodean su queja. Las entrevistas pueden realizarse con las partes involucradas, supervisores y cualquier otro empleado o partes involucradas que puedan proporcionar información significativa y confiable. Las entrevistas y otras actividades de investigación se llevarán a cabo con la máxima discreción y respeto por la privacidad de todas las partes. Salvo que se requiera lo contrario para llevar a cabo la investigación, su queja se mantendrá confidencial en la máxima medida posible.

La compañía prohíbe cualquier forma de represalia contra cualquier empleado por presentar una queja de buena fe bajo esta política de por ayudar en una investigación de queja y cualquier persona que haya represalia o amenazado con tomar represalias estará sujeta a una acción disciplinaria inmediata, incluyendo la terminación. Sin embargo, si después de la investigación, la Compañía determina que la queja no era de buena fe y no se hizo de buena fe o que un empleado proporcionó información falsa con respecto a la queja, se pueden tomar medidas disciplinarias contra dicho empleado, incluyendo la terminación.

#### COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR; LIBERACIÓN DE LOS CLIENTES DE LA EMPRESA

La Compañía proporciona cobertura de seguro de compensación del trabajador para todos los empleados que sufren un accidente, lesión o enfermedad en el lugar de trabajo. En consecuencia, el empleado acepta que si el empleado sufre una lesión o enfermedad en el lugar de trabajo mientras proporciona servicios a la Compañía o a un cliente de la Compañía, el único y exclusivo recurso del empleado serán los beneficios de compensación del trabajador a través de la Compañía. El Empleado entiende y se compromete a renunciar a cualquier y todas las reclamaciones que el empleado pueda tener contra el cliente de la Compañía donde se asigne al empleado que surja de o esté relacionado con accidentes, lesiones o enfermedades sufridas mientras preste servicios, siempre y cuando dichas

lesiones o enfermedades estén cubiertas por las estatutas de compensación de los trabajadores del estado.

Reporte cada lesión o accidente, sin importar cuán menor sea a su supervisor INMEDIATAMENTE.

#### FRAUDE DE SEGURO

Cualquier persona, que presenta una declaración oral o escrita de reclamo que contenga cualquier información falsa o engañosa, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a cualquier empleador, o compañía de seguros, es culpable de un delito grave del tercer grado. La Compañía enjuiciará el fraude.

#### EQUIPO DE SEGURIDAD

El empleado entiende que el equipo de seguridad puede ser necesario mientras está en el trabajo. Si el empleado no tiene los elementos y/o herramientas de seguridad apropiados, la Compañía puede proporcionar los artículos que sean necesarios y apropiados para realizar el trabajo. El empleado entiende que el empleado debe usar estos elementos de seguridad y que no hacerlo puede afectar los beneficios de compensación del trabajador en caso de que se produzca una lesión.

#### ACUERDO DE PARTICIPACIÓN MÉDICA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

La Compañía participa en un acuerdo de Proveedor de Atención Administrada para el tratamiento de todas las enfermedades, accidentes o lesiones relacionadas con el trabajo. Si el empleado se lesiona o se enferma mientras está empleado por la Compañía, el empleado se compromete a utilizar como proveedores médicos exclusivos de los empleados aquellos hospitales, clínicas, médicos, especialistas y otros profesionales médicos relacionados o necesarios inscritos en esta Red de Cuidado Administrado y/o la Red de Cuidado Administrado, sin la aprobación específica de la compañía de seguros de compensación del trabajador de la Compañía. La Compañía me ha explicado los procedimientos de Atención Administrada, y el empleado entiende y acepta usar estos proveedores médicos exclusivamente y de otra manera cumplir con las reglas de la Red de Atención Administrada.

#### AUTORIZACIÓN, CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN PARA INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

Yo, el abajo firmante, entiendo que en conjunto con mi solicitud de empleo, FINISH LINE STAFFING, LLC (la "Compañía") puede solicitar y utilizar los servicios de una o más agencias externas de informes de consumidores para investigar y verificar la información que he proporcionado en mi solicitud.

Dicha agencia proporcionará un informe a la Compañía y utilizará varias fuentes de información que considere apropiadas, incluyendo, sin limitación: agencias de informes de crédito, registros de vehículos automotores, registros de condenas penales, empleadores actuales y anteriores, registros educativos, profesionales lo anterior, a la Compañía y a las agencias seleccionadas y utilizadas por ella.

De acuerdo con la Ley de Informes De Crédito Justo (FCRA, por sus carentes de crédito, por sus alrededores, la Compañía me notificará que puedo ser descalificado del empleo si esa decisión se basa, total o parcialmente, en la información obtenida por cualquier agencia de informes de consumidores. En esas circunstancias, se me proporcionará una copia de cualquier informe proporcionado a la Compañía y una descripción de mis derechos bajo la FCRA.

LOS ORGANISMOS ENCARGADOS DE HACER CUMPLIR LA LEY Y OTRAS ENTIDADES REQUIEREN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA FINES DE IDENTIFICACIÓN POSITIVA AL VERIFICAR LOS REGISTROS PÚBLICOS. ES CONFIDENCIAL Y NO SE UTILIZARÁ PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO. POR LA PRESENTE LIBERO AL FRANQUICIADOR DE LA COMPAÑÍA, A LAS AGENCIAS DE INFORMES DE CONSUMIDORES Y A TODAS LAS DEMÁS PERSONAS, AGENCIAS Y ENTIDADES QUE PROPORCIONAN INFORMACIÓN O INFORMES SOBRE MÍ DE CUALQUIER Y TODAS LAS RECLAMACIONES, RESPONSABILIDADES, DEMANDAS, CAUSAS DE ACCIONES Y DAÑOS O TODAS LAS NATURALEZAS Y DESCRIPCIONES QUE SURJAN DE O SE CONECTEN CON LA SOLICITUD O LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIERA DE LAS INFORMACIONES O INFORMES REFERENCIADOS ANTERIORMENTE, INCLUYENDO, SIN LIMITACIÓN, , ERRORES U OMISIONES.

#### CERTIFICACIÓN

Certifico que he leído y entiendo la información contenida en este documento. Certifico además que toda la información presentada por mí en esta solicitud es verdadera y completa, y entiendo que cualquier información falsa, omisión o tergiversación de hechos puede ser causa de denegación de mi solicitud o, si estoy empleado, dado de alta en cualquier momento, denegación de beneficios de compensación del trabajador, y / o beneficios de compensación de desempleo. Autorizo a la Compañía a investigar mis antecedentes y verificar esta información. Además, autorizo a la Compañía a divulgar la información contenida en esta Aplicación a sus clientes, representantes de compañías de seguros.

Yo, el abajo firmante, reconozco por mi firma que me han informado que soy un empleado arrendado de la Compañía. También entiendo que la Compañía, el cliente, o yo podemos terminar nuestra relación laboral en cualquier momento, ya que soy un empleado a voluntad de la Compañía. Me han informado que si mis asignaciones terminan por cualquier razón, independientemente de su duración, debo reportar a la Compañía para su reasignación dentro de las 72 horas y que los beneficios de desempleo pueden ser negados si no lo hago. Estoy de acuerdo en que si en algún momento durante mi empleo, Estoy sujeto a cualquier tipo de discriminación, incluyendo la discriminación debido a la raza, sexo, edad, religión, color, origen nacional, discapacidad o estado civil, o si estoy sujeto a cualquier tipo de acoso, incluyendo acoso sexual, me pondré inmediatamente en contacto con mi gerente local y / o el Departamento de Recursos Humanos de la Compañía al 1-502-690-5141 con el fin de obtener asistencia inmediata y resolución en tales asuntos.

**Por favor envíenos una copia legible de su licencia de conducir o tarjeta de seguridad social.**

**O enviar electrónicamente aquí: Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Tarjeta de seguridad social \_\_\_\_\_**

Firma del aplicante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**FINISH LINE STAFFING, LLC DIRECT DEPOSIT AUTHORIZATION**

NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Finish Line Staffing, LLC a iniciar entradas de crédito e iniciar, si es necesario entradas de débito y ajustes para cualquier entrada de crédito por error a mi cuenta de cheques/ ahorros que se indica a continuación y el depósito mencionado a continuación, aquí después de llamar depositario, a acreditar y / o debitar lo mismo a dicha cuenta.

Tipo de cuenta: \_\_\_ Chequeo \_\_\_ Ahorros

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta:

\_\_\_\_\_ Número de ruta:

\_\_\_\_\_

Los fondos transferidos por transmisión electrónica normalmente se contabilizan en cuentas en dos o tres días hábiles después de que se procesa el cálculo de la nómina. Los empleados siguen siendo responsables de verificar que los encontrados son depositados, claros y están disponibles antes de escribir cheques o cuenta de débito en comparación con cualquier cantidad transmitida automáticamente. Por favor, espere de una a dos semanas para la configuración inicial (un aviso de una semana para cualquier cambio)

Esta autoridad permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que la dotación de personal de la línea de meta haya recibido una notificación por escrito de mí de su terminación en ese tiempo y de tal manera que la dotación de personal y depósito de la línea de meta tenga una oportunidad razonable de actuar sobre ella.

**Por favor envíenos un cheque anulado o una copia de un cheque para el depósito directo. O envíe electrónicamente aquí \_\_\_\_\_**

Firma del aplicante \_\_\_\_\_

¿Preguntas? contáctenos:

e: [info@flstaffing.net](mailto:info@flstaffing.net)

p: 502-690-5141

a: 11341 Decimal Drive, Louisville, KY 40299

Fecha \_\_\_\_\_