578672

Tracy Wetter

(1)

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:31 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Alex Gaspar
SSN: 563-13-4827
EE Id: 21101320644

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:31:28

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Gaspar, Alex
5284 Galaxy Dr
Ft Myers, FL 33909

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4827
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 12/13/95
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: H .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	980.00	980.00	.00	74.97	.00	.00	.00	.00	.00	.00	905.03
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1100.00	1100.00	.00	84.15	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1015.85
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3130.00	3130.00	.00	239.45	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2890.55

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3130.00	FICA - OASDI	194.06	
			FICA - Medicare	45.39	

578667-4

WBS WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Armando Hernandez

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(*Reconocimiento del arrendamiento de empleados* Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir esta informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Armando Hernandez

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente) Target Roofing

Department (If applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quua ha leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X [signature] Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Armando Hernandez

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 07/22/1978

Address (Dirección): 4774 Huatecs

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Fort Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social): 531-29-5495

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Armando
Last name: Hernandez
(b) Social security number: 531-29-5495

Address: 4774 Hunters
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 4

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 8,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

▶ [signature] Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶ Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form W-4 (2020)

578667

Tracy Wetter

(1)

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:33 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

An employee was terminated on the web by 054554.

JUN 16 2020
R.D.

Armando Hernandez
SSN: 531-29-5495
EE Id: 21101320641

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:32:47

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Hernandez, Armando
4774 Hunters
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-5495
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 07/22/78
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Part Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS				DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	990.00	990.00	.00	75.74	.00	.00	.00	.00	.00		.00	914.26
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1095.00	1095.00	.00	83.77	.00	.00	.00	.00	.00		.00	1011.23
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00		.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3135.00	3135.00	.00	239.84	.00	.00	.00	.00	.00		.00	2895.16

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3135.00	FICA - OASDI	194.37	
			FICA - Medicare	45.47	

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X [signature] Date (Fecha) _____

Employee Name (Nombre del empleado) Calixto Dimax

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 1/28/1991

Address (Dirección): 4628 New York

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No Seguridad Social) 652-81-6879

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)
Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indo
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Calixto Dimas

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing and Sheet Metal

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10.00 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Calixto
Last name: Dimas
(b) Social security number:

Address: 4628 New York
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 6

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 12,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

▶ [signature] **Employee's signature** (This form is not valid unless you sign it.) ▶ 5/11/20 **Date**

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578668

Tracy Wetter

1

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:30 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Calixto Dimas
SSN: 652-31-6379
EE Id: 21101320642

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:29:51

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Dimas, Calixto
4628 New York
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-6379
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 01/22/91
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:
Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS PAY	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT DEPOSIT	NET PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	995.00	995.00	.00	76.12	.00	.00	.00	.00	.00	.00	918.88
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	997.00	997.00	.00	76.27	.00	.00	.00	.00	.00	.00	920.73
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3042.00	3042.00	.00	232.72	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2809.28

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3042.00

Taxes

FICA - OASDI	188.60
FICA - Medicare	44.12

Deductions

5786977 @

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Felipe Guerra

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adopter. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importer si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Felipe Guerra Date (Fecha): 5/4/20

Employee Name (Nombre del empleado) Felipe Guerra

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 4/19/1970

Address (Dirección): 4956 Jupiter

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Fort Myers, FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 516-66-7841

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)
Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este informe de Vinculación En la fecha de contratación o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envía un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Felipe Guerra

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 11 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☑ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technichians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capactados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Felipe
Last name: Guerra
(b) Social security number: 614-66-7841

Address: 4956 Jupiter
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☐ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

[signature] ▶ Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶ Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578697

(1)

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:32 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Felipe Guerra
SSN: 516-66-7841
EE Id: 21101320660

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:32:19

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Guerra, Felipe
4956 Jupiter
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-7841
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 11.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 04/19/90
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	990.00	990.00	.00	75.74	.00	.00	.00	.00	.00	.00	914.26
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1095.00	1095.00	.00	83.77	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1011.23
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3135.00	3135.00	.00	239.84	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2895.16

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3135.00

Taxes

FICA - OASDI	194.37
FICA - Medicare	45.47

Deductions

578688-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Francisco Imul

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(Reconocimiento del arrendamiento de empleados Por la presente reconozco qua he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X [signature] Date (Fecha): 5/11/2020

Employee Name (Nombre del empleado) Francisco Imul

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 7/19/1980

Address (Dirección): 1517 Markland

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip) Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 693-88-4396

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministró mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratación o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Francisco Imyl

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing Sheet Metal

Department (If applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (If applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 16.00 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☑ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☑ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) Rooter

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Francisco
Last name: Inwi
(b) Social security number: 093-88-4395

Address: 1517 Markland
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

▶ _____ (Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)) ▶ Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578688

(1)

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:15 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Francisco Imul
SSN: 693-88-4395
EE Id: 21101320657

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:14:59

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Imul, Francisco
1517 Markland
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4395
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 07/19/80
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:
Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1005.00	1005.00	.00	76.88	.00	.00	.00	.00	.00	.00	928.12
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	980.00	980.00	.00	74.97	.00	.00	.00	.00	.00	.00	905.03
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	40.00	40.00	.00	3.06	.00	.00	.00	.00	.00	.00	36.94
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	2025.00	2025.00	.00	154.91	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1870.09

Earnings Hours		Earnings Amounts		Taxes		Deductions
		Piece Work	2025.00	FICA - OASDI	125.55	
				FICA - Medicare	29.36	

578684-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Irma Leticia Perez

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(Reconocimiento del arrendamiento de empleados Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED 9/14
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidroges Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Irma Perez Date (Fecha): 3/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Irma Leticia Perez

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 6/21/1994

Address (Dirección): 4628 New York

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft. Myers FL 33901

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 721-55-4892

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podré efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN

Employee Name (Nombre del empleado) Irma Leticia Perez

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing Sheet Metal

Department (If applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (If applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 5510

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 16.00 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Irma
Last name: Leticia Perez
(b) Social security number: 721-55-4892

Address: 41028 New York
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33901

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☒ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $ 0

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $ 0

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $ 0

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Irma Perez
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

5/11/20
Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578684

Tracy Wetter

(1)

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:16 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Irma Leticia Perez
SSN: 721-55-4892
EE Id: 21101320654

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:15:56

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Leticia Perez, Irma
4628 New York
Fort Myers, FL 33901

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4892
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 06/21/94
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1020.00	1020.00	.00	78.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	941.97
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1087.00	1087.00	.00	83.15	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1003.85
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3157.00	3157.00	.00	241.51	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2915.49

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3157.00

Taxes

FICA - OASDI	195.73
FICA - Medicare	45.78

Deductions

EX_64_100

578682-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Jesus Chanta

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un período fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese período y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED 9/14
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier políticas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en ingles) tenga o pueda adoptar. Yo específicamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Este autorización o una fotocopia de este autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Jesus Chavez Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) JESUS Chavez

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 2/21/1990

Address (Dirección): 9774 Hunters

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) ___ Social Security No (No. Seguridad Social): 761-54-5497

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de Africa
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raze
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de America del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratación o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Jesus Charita

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Booking

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technichians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Jesus
Last name: Chanta
(b) Social security number: 761-24-5497

Address: 4774 Hunters
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☒ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Jesus Chanta
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

9/1/20
Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578682

(1)

JUN 16 2020

R.D.

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:29 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

An employee was terminated on the web by 054554.

Jesus Charita
SSN: 761-24-5497
EE Id: 21101320652

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:28:32

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Charita, Jesus
4774 Hunters
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-5497
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 02/21/90
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Part Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	990.00	990.00	.00	75.74	.00	.00	.00	.00	.00	.00	914.26
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	989.00	989.00	.00	75.66	.00	.00	.00	.00	.00	.00	913.34
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3029.00	3029.00	.00	231.73	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2797.27

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3029.00

Taxes

FICA - OASDI	187.80
FICA - Medicare	43.93

Deductions

578690 (4)

WBS WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Jose Gonzalez

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

*(**Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier políticas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo específicamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Jose Gonzalez Date (Fecha) 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Jose Gonzalez

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 5/15/1994

Address (Dirección): 4916 Howard

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip). Ft Myers, FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No Seguridad Social): 797-55-4281

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)
Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Jose Gonzalez

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Jose
Last name: Gonzalez
(b) Social security number: 797-55-4281

Address: 4916 Howard
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☒ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 6

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 12,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Jose Gonzalez ▶ 3/11/2020

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) **Date**

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578690

Tracy Wetter

(1)

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:32 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Jose Gonzalez
SSN: 797-55-4281
EE Id: 21101320658

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:31:50

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Gonzalez, Jose
4916 Howard
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4281
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 05/15/94
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1025.00	1025.00	.00	78.41	.00	.00	.00	.00	.00	.00	946.59
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1095.00	1095.00	.00	83.77	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1011.23
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3170.00	3170.00	.00	242.51	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2927.49

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3170.00	FICA - OASDI	196.54	
			FICA - Medicare	45.97	

578685 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Juan Garcia

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus Iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not effect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier políticas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mí al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado) X [signature] Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado): ~~Jose~~ Juan Garcia

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 7/05/1975

Address (Dirección): 9933 Crockett

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip) Fort Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social): 671-44-7625

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DIAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Ivan Garcia

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☑ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Juan
Last name: Garcia
(b) Social security number: 671-44-7125

Address: 4933 Lockett
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☐ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Juan Garcia ▶ 5/11/20

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) **Date**

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578685

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:31 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Juan Garcia
SSN: 671-44-7125
EE id: 21101320655

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:31:08

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Garcia, Juan
4933 Luchett
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-7125
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 07/25/95
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: S .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	985.00	985.00	.00	75.35	.00	.00	.00	.00	.00	.00	909.65
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1095.00	1095.00	.00	83.77	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1011.23
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3130.00	3130.00	.00	239.45	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2890.55

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3130.00

Taxes

FICA - OASDI	194.06
FICA - Medicare	45.39

Deductions

578683 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Julio Chopin

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese período y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

1 W14

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization

I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Este autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release

I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(**Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador** Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Julio Chopen Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) JULIO CHOPEN

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 1/14/1992

Address (Dirección) 4933 Enchilada

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Fort Myers, FL 33905

Telephone Number (Número telefónico)_____ Social Security No (No Seguridad Social): 514-74-6598

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)
Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADO A WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado): Julio Chapen

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Rocking

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☑ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☑ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 -Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Julio
Last name: Cnopen
(b) Social security number: 514-74-6598

Address: 4933 Luchett
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☐ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 6

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 12,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Julio Cnopen ▶ 5/20/20

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) **Date**

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

578683

Tracy Wetter

1.

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:29 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Julio Chopin
SSN: 516-74-6598
EE id: 21101320653

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:28:51

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Chopin, Julio
4933 Luchett
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-6598
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 01/16/92
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	995.00	995.00	.00	76.12	.00	.00	.00	.00	.00	.00	918.88
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1020.00	1020.00	.00	78.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	941.97
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3065.00	3065.00	.00	234.48	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2830.52

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3065.00	FICA - OASDI	190.03	
			FICA - Medicare	44.45	

578680-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Luis Rivera

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(Reconocimiento del arrendamiento de empleados Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un período fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existan con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese período y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán el mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier políticas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Luz M. Rivera Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Luis Rivera

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 10/12/1985

Address (Dirección): 4721 Nottingham

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social): 619-78-8423

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADO A WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Luis Rivera

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tase de pago) $ 10.00 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☑ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 -Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☑ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) ____ ____ ____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Luis
Last name: Rivera
(b) Social security number: 419-78-8423

Address: 4721 Nottingham
City or town, state, and ZIP code: FOA Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☐ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 6

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 12,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

[signature] ▶ Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶ Date 8/11/20

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578680

D

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:27 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Luis Rivera
SSN: 619-78-8423
EE Id: 21101320651

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:27:25

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Rivera, Luis
4721 Nottingham
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-8423
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 10/12/85
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: H .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Part Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		PEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1020.00	1020.00	.00	78.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	941.97
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1010.00	1010.00	.00	77.27	.00	.00	.00	.00	.00	.00	932.73
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3080.00	3080.00	.00	235.63	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2844.37

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3080.00	FICA - OASDI	190.96	
			FICA - Medicare	44.67	

578673 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Mario Perez

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adopter. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Mario Perez Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Mario Perez

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 1/21/1998

Address (Dirección): 9925 Mays St

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip) Ft. Myers, FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No Seguridad Social): 739-45-8214

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indo
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador lo suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Mario Perez

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 11 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☑ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operatives (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Mario
Last name: Perez
(b) Social security number: 739-45-8214

Address: 4925 Mars St
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 0

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 12,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶ [signature] ▶ Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578673

(1)

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:26 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Mario Perz
SSN: 739-45-8214
EE id: 21101320645

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:25:43

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Perz, Mario
4825 Mars St
Ft Myers, FL 33909

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-8214
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 11.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 01/21/98
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	985.00	985.00	.00	75.35	.00	.00	.00	.00	.00	.00	909.65
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1082.00	1082.00	.00	82.77	.00	.00	.00	.00	.00	.00	999.23
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3117.00	3117.00	.00	238.45	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2878.55

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3117.00

Taxes

FICA - OASDI	193.25
FICA - Medicare	45.20

Deductions

EX_64_136

578674-4

WBS WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Mauro Pascual

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamante a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quua he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado) X [signature] Date (Fecha): 3/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Mauro Pascual

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 10/15/1996

Address (Direccion): 342 Detroit

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social): 349-61-5971

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador lo suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de Identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN

Employee Name (Nombre del empleado) Target Rooting

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Mauro Pascual

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 -Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Mauro
Last name: Pascual
(b) Social security number: 749-61-5971

Address: 392 Detroit
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶ Date 9/11/20

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form W-4 (2020)

578674

(1)

Tracy Wetter

JUN 16 2020

R.D.

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:25 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

An employee was terminated on the web by 054554.

Mauro Pascual
SSN: 749-61-5971
EE id: 21101320646

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:24:42

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Pascual, Mauro
392 Detroit
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-5971
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 10/15/96
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	995.00	995.00	.00	76.12	.00	.00	.00	.00	.00	.00	918.88
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1082.00	1082.00	.00	82.77	.00	.00	.00	.00	.00	.00	999.23
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3127.00	3127.00	.00	239.22	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2887.78

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3127.00	FICA - OASDI	193.87	
			FICA - Medicare	45.35	

578679 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Miguel Tixeul

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 ...

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier políticas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en ingles) tenga o pueda adoptar. Yo específicamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado) X Miguel Tixcal Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Miguel Tixcal

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 7/26/1981

Address (Dirección): 4928 Sherry

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft. Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No Seguridad Social) 671-33-4326

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, Africa del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indo
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual de conformidad con lo dispuesto por la ley

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN

Employee Name (Nombre del empleado) Migue Tixcol

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente) Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☑ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Miguel
Last name: Tixcul
(b) Social security number: 671-83-4326
▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

Address: 9982 Sherry
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do only one of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Miguel
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

5/11/20
Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form W-4 (2020)

578679

(1)

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:30 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Miguel Tixcul
SSN: 671-33-4326
EE id: 21101320650

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:29:31

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Tixcul, Miguel
4925 Sherry
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4326
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 07/26/81
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER	PAY	FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER	DEPOSIT	PAY
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	995.00	995.00	.00	76.12	.00	.00	.00	.00	.00	.00	918.88
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1022.00	1022.00	.00	78.18	.00	.00	.00	.00	.00	.00	943.82
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3067.00	3067.00	.00	234.63	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2832.37

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3067.00

Taxes

FICA - OASDI	190.15
FICA - Medicare	44.48

Deductions

578676-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Oscar Ramos

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health relatad issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Oscar Ramos. Date (Fecha) 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) OSCAR RAMOS

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 11/21/1992

Address (Dirección): 4774 Hunters

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): FT Myers 33905 FL.

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 549-71-1362

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Sudamericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratación o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) OSCAR Ramos

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Pooling

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☐ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Oscar
Last name: Ramos
(b) Social security number: 549-71-1362

Address: 4774 Hunters
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 6

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 12,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Oscar Ramos
▶ **Employee's signature** (This form is not valid unless you sign it.)

▶ 6/11/20
Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578676

Tracy Wetter

1

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:27 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Oscar Ramos
SSN: 549-71-1362
EE Id: 21101320648

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:27:05

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Ramos, Oscar
4774 Hunters
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-1362
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 11/21/92
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1020.00	1020.00	.00	78.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	941.97
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	991.00	991.00	.00	75.81	.00	.00	.00	.00	.00	.00	915.19
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3061.00	3061.00	.00	234.17	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2826.83

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3061.00	FICA - OASDI	189.78	
			FICA - Medicare	44.39	

578677 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Pedro Vargas

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quua he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X PVargas Date (Fecha) 5/7/20

Employee Name (Nombre del empleado) Pedro Vargas

Date of Birth (Fecha de nacimiento) 5/18/1987

Address (Dirección) 9928 Berry

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip) Fort Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 571-22-4935

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen provenientes de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DIAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Pedro Vargas

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 -Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Pedro
Last name: Nargas
(b) Social security number: 571-22-4935

Address: 4928 Sherry
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 1

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 2,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

[signature] ▶ Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

▶ 5/11/2020 Date

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578677

(1)

Tracy Wetter

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:30 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Pedro Vargas
SSN: 571-22-4938
EE Id: 21101320649

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:29:59

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Vargas, Pedro
4928 Sherry
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4938
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 05/18/87
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1010.00	1010.00	.00	77.27	.00	.00	.00	.00	.00	.00	932.73
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1022.00	1022.00	.00	78.18	.00	.00	.00	.00	.00	.00	943.82
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3082.00	3082.00	.00	235.78	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2846.22

Earnings Hours		Earnings Amounts		Taxes		Deductions
		Piece Work	3082.00	FICA - OASDI	191.08	
				FICA - Medicare	44.70	

578670-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Urid Cardenas

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship. I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization

I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier políticas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Inglés) tenga o pueda adoptar. Yo específicamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Este autorización o una fotocopia de este autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release

I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Inglés) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X [signature] Date (Fecha): 3/6/20

Employee Name (Nombre del empleado) Uriel Cardenas

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 11/14/1975

Address (Dirección): 4721 Nottingham

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 549-77-5934

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indo
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Uriel Cardenas

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 16.00 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☐ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☑ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Uriel
Last name: Cardenas
(b) Social security number:

Address: 4721 Nottingham
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); or

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; or

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) — Date: 5/11/20

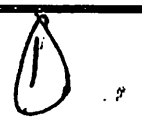
Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form W-4 (2020)

578670

Tracy Wetter



From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 9:28 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Uriel Cardenas
SSN: 549-77-5934
EE id: 21101320643

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 09:27:40

Term type: Resignation
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Cardenas, Uriel
4721 Nottingham
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-5934
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 11/14/75
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1005.00	1005.00	.00	76.88	.00	.00	.00	.00	.00	.00	928.12
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1037.00	1037.00	.00	79.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	957.67
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3092.00	3092.00	.00	236.54	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2855.46

Earnings Hours		Earnings Amounts		Taxes		Deductions
		Piece Work	3092.00	FICA - OASDI	191.70	
				FICA - Medicare	44.84	

578686-4

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Carlos Lux

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(Reconocimiento del arrendamiento de empleados Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un período fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arriendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese período y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

ENTERED
MAY 15 2020
T.W.

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo der consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clinica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an established 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado): Carlos Lux Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Carlos Lux

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 2/23/1980

Address (Dirección): 7721 Nottingham

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Ft Myers FL 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social): 649-78-5621

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)

Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements.

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro.

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Sudamericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indio
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual, de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Carlos Lux

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10.00 ☒ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☒ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☐ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☒ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Carlos | Last name: Lux | (b) Social security number:

Address: 9721 Nottingham

City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do only one of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

▶ _____ (X) ▶ _____

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) **Date**

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578686

(1)

Tracy Wetter

JUN 16 2020
R.D.

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:17 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

An employee was terminated on the web by 054554.

Carlos Lux
SSN: 649-78-5621
EE Id: 21101320656

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:17:04

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Lux, Carlos
4721 Nottingham
Fort Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-5621
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 12/22/80
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Part Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1015.00	1015.00	.00	77.65	.00	.00	.00	.00	.00	.00	937.35
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1100.00	1100.00	.00	84.15	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1015.85
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3165.00	3165.00	.00	242.13	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2922.87

Earnings Hours

Earnings Amounts

Piece Work	3165.00

Taxes

FICA - OASDI	196.23
FICA - Medicare	45.90

Deductions

578675 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Daniel Mejia

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such .

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales) A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arrendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese periodo y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020

Drug Testing Authorization
I agree to comply with any drug/alcohol testing policy, which Workforce Business Services has or may adopt. I specifically agree to post-accident drug/alcohol testing for any work injury regardless of whether I am able to give consent at that time. This authorization or a photocopy hereof is my authority and consent to post-accident drug/alcohol testing in all instances.

(Prueba Antidrogas Estoy de acuerdo en cumplir con cualquier politicas de pruebas de drogas/alcohol cual Workforce Business Services (WBS-por sus siglas en Ingles) tenga o pueda adoptar. Yo especificamente estoy de acuerdo a pruebas de drogas/alcohol después de cada accidente de trabajo sin importar si puedo dar consentimiento en ese tiempo. Esta autorización o una fotocopia de esta autorización es mi autoridad y consentimiento para pruebas de drogas/alcohol en todos los casos.)

Workers' Compensation Medical Authorization Release
I authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic or other health facility, or employer, to release any and all medical and non-medical information in its possession about me to Workforce Business Services' Workers' Compensation carrier or its legal representatives for purposes of a workers' compensation claim. (Medical information means all information in the possession of or derived from providers of health care regarding the medical history, mental or physical condition, or treatment of me.) I shall comply with the provisions of Florida Statute 440 concerning claims for workers' compensation benefits. If I provide false, misleading or incomplete information to obtain workers' compensation benefits, I may be denied such benefits. I may request and receive a copy of this authorization. A photocopy of this authorization shall be valid as the original.

(Acuerdo de Autorización medica para compensación del trabajador Nadie está obligado a proveer ninguna información médica hasta que una oferta de empleo se ha hecho y se ha aceptado. Yo autorizo a cualquier doctor, médico practicante, hospital, clínica u otra entidad de salud o empleador, para liberar toda la información médica y no médica en su posesión acerca de mi al portador del seguro de compensación a los trabajadores de Servicios de Personal Empresariales (WBS-por sus siglas en Ingles) o a sus representantes legales para propósitos de una reclamación de compensación de trabajadores (Información médica significa toda la información en posesión de, o derivadas de los proveedores de atención de salud, relacionados con la historia médica, condición física o mental, o con mi tratamiento). Cumpliré con las provisiones del Estatuto 440 de la Florida concernientes a reclamaciones para beneficios de compensación. Si proporciono información falsa, engañosa o incompleta para obtener beneficios de compensación de trabajadores, tales beneficios me pueden ser negados. Puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será válida como la original.)

I agree to promptly and without delay report all accident, injuries, potential safety hazards, safety suggestions and health related issues to my manager.

If I am a new hire, I acknowledge I am hereby notified within 7 days of my employment with Workforce Business Services that I am being employed on an estabtished 90 day probationary period

(Informe inmediatamente a su gerente todo accidente, lesion, peligros potenciales, sugerencias sobre seguridad y asuntos relacionados con la salud.)

I certify that I have read, understand, and agree to the conditions and requirements contained in this document, including my authorization for drug testing and for release of my medical and non-medical information.
(Yo certifico quue he leido, entiendo, y estoy de acuerdo con las atorizaciones, reconocimientos, condiciones y requisitos contenidos en la sección.)

Employee Signature (Firma del empleado)X Dani Mejis Date (Fecha): 5/1/20

Employee Name (Nombre del empleado) Daniel Mejia

Date of Birth (Fecha de nacimiento): 3/10/1993

Address (Dirección): 4916 Howard

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Zip): Fort Myers Fl. 33905

Telephone Number (Número telefónico) _____ Social Security No (No. Seguridad Social) 721-99-4584

Voluntary EEO Identification (Identificación del EEO voluntario)
Various agencies of the United States Government require employers to maintain information on applicants pertaining to factors such as race, sex and type of position for which an applicant applies. The information requested here is for compliance with certain record keeping requirements

Varias entidades del gobierno de Estados Unidos exigen a los empleadores que mantengan información sobre los solicitantes en relación con factores como raza, sexo y tipo de cargo para el cual se presenta el candidato. La información que aquí se solicita es para cumplir con ciertos requisitos de registro

- ☐ White (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of Europe, North Africa, or the Middle East. Blanco (No de origen Hispánico ni Latino) – Originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente
- ☐ Black or African American (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins in any of the Black racial groups of Africa. Negro o Afro-Americano (No de origen Hispánico ni Latino) – Orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ Hispanic or Latino - Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American, or other Spanish culture or origin, regardless of race. Hispano o Latino – Mexicano, Puertorriqueño, Cubano, Centro o Suramericano o de otra cultura u origen proveniente de España, independientemente de la raza
- ☐ Asian (Not of Hispanic or Latino origin) - Origins of the Far East, Southeast Asia, the Indian Subcontinent. Asiático (no de origen Hispánico ni Latino) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático, o Subcontinente Indo
- ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander - Origins of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico – originario de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ American Indian/Alaska Native - Origins of North or South America (including Central America), who maintain tribal affiliation and community recognition. Indígena Americano / Nativo de Alaska - Originario de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central) que mantiene su afiliación tribal y reconocimiento de la comunidad.
- ☐ Two or more races (Not of Hispanic or Latino origin) - All persons who identify with more than one of the listed races. Dos o más razas (No de origen Hispano ni Latino) – Todas las personas que se identifiquen con más de una de las razas mencionadas
- ☐ If the employee elected not to complete this information, the employer has completed it through visual identification as required by law. Si el empleado decidió no suministrar esta información, el empleador la suministra mediante identificación visual de conformidad con lo dispuesto por la ley.

Completed by Client (Para ser diligenciado por el cliente)

New Hires (Nuevas Contrataciones)

You must fax, call or email the following information to WBS on or before the new hire starts work: name, WC Code, Social Security Number, Pay Rate and Date of Birth. Workforce Business Services can not pay any employee without receiving this information on or before the employee begins work. Nor will this employee be covered with workers' compensation coverage until this information has been submitted to us. To report a new hire after hours, please fax or call our offices and leave a detailed message.

WBS tiene que recibir este Informe de Vinculación En la fecha de contratacion o antes. Usted puede informar esta nueva contratación a WBS por fax o por teléfono y recibirá un número de identificación de confirmación. Workforce Business Servicesno podrá efectuar pagos a empleados sin el número de identificación del empleado. El empleado tampoco quedará cubierto por la compensación de trabajadores hasta que esta información nos haya sido presentada. Para informar sobre alguna contratación fuera de las horas laborales, por favor envíe un fax o llame a nuestras oficinas y deje un mensaje detallado.

THE EMPLOYEE ENROLLMENT FORM MUST BE RETURNED TO WBS WITHIN THREE DAYS OF THE DATE OF HIRE.

EL INFORME DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS MEDIANTE ARRENDAMIENTO DEBE SER ENVIADOA WBS DENTRO DE LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE CONTRATACIÓN.

Employee Name (Nombre del empleado) Daniel Mejia

Client Company Name (Nombre de la Compañía- Cliente): Target Roofing

Department (if applicable) (Departamento) (si es el caso) _____ Job Code (if applicable) (Código de trabajo) (si es el caso) 8810

Rate of Pay (Tasa de pago) $ 10 ☑ Hourly (Por hora) ☐ Salary (Salario) ☐ Exempt (Exento) ☐ Non-Exempt (No Exento)

☐ Full Time (Tiempo completo) ☑ Part Time (Medio Tiempo) Work Comp. Code (Código Compensación Trabajadores) _____

From the EEO job classifications listed, which one best describes the employee's position?
¿De las clasificaciones de trabajos mencionadas, cuál es la que describe mejor el cargo del empleado?

- ☐ 1.1 - Executive/Senior Level Officers and Managers (Ejecutivo/Funcionarios y gerentes de nivel superior)
- ☐ 1.2 - First / Mid Level Officers and Managers (Funcionarios y gerentes de primer nivel/nivel medio)
- ☐ 2 - Professionals (Profesionales)
- ☑ 3 - Technicians (Técnicos)
- ☐ 4 - Sales (Vendedores)
- ☐ 5 - Office and Clerical (Oficina y administrativo)
- ☐ 6 - Craft Workers (skilled) (Artesanos (capacitados))
- ☐ 7 - Operative (semi-skilled) (Operarios (capacitación media))
- ☐ 8 - Laborers (unskilled) (Obreros (no capacitados))
- ☐ 9 - Service Workers (Trabajadores de servicios)

Job Description (Descripción del trabajo) _____

Original Date of Hire (Fecha de contratación original) _____

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employee's Withholding Certificate

▶ Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
▶ Give Form W-4 to your employer.
▶ Your withholding is subject to review by the IRS.

OMB No. 1545-0074

2020

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial: Daniel
Last name: Meji 9
(b) Social security number: 721-99-4584

Address: 4916 Howard
City or town, state, and ZIP code: Fort Myers FL 33905

▶ Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

(c) ☐ Single or Married filing separately
☑ Married filing jointly (or Qualifying widow(er))
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the online estimator, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld . . . . . ▶ ☐

TIP: To be accurate, submit a 2020 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents

If your income will be $200,000 or less ($400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,000 ▶ $ 5

Multiply the number of other dependents by $500 . . . . ▶ $ 1

Add the amounts above and enter the total here . . . . . 3 $ 10,500

Step 4 (optional): Other Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . . 4(a) $

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . . 4(b) $

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each pay period . 4(c) $

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

▶ Dan Meji — **Employee's signature** (This form is not valid unless you sign it.)

▶ 5/11/20 — **Date**

Employers Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 3. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2020)

578675

Tracy Wetter

1.

From: webchanges@gowbs.com
Sent: Tuesday, June 16, 2020 10:17 AM
To: twetter@gowbs.com
Subject: Web Termination From - 2110132

JUN 16 2020
R.D.

An employee was terminated on the web by 054554.

Daniel Mejia
SSN: 721-99-4584
EE Id: 21101320647

Term date: 6/5/2020
Date entered on web: 2020-06-16
Time entered on web: 10:17:23

Term type: Involuntary
Term notes:

Please do not respond to this message. It is an automated message sent to you from the server.

Mejia, Daniel
4916 Howard
Ft Myers, FL 33905

Period: 01/01/20 to 11/06/20

Workforce Business Services 12
SocSecNum: XXX-XX-4584
WkComp Code: FL-8810
Pay Rate 1: 10.000 HOURLY
Pay Rate 2: .000
Pay Cycle: WEEKLY

Target Roofing & Sheet Metal
Company Hire Date: 05/15/20
Subscriber Hire Dt: 05/15/20
Birthdate: 03/10/93
Insurance Codes: NN

Federal Tax Setup: M .00
State Tax Setup: FL 00 .00
Status: Full Time Term'd
Termination Date: 06/05/20
Dept 1:
Dept 2:

Local Tax 1:
Local Tax 2:
Local Tax 3:

Period: 01/01/20 to 11/06/20

		HOURS			EARNINGS			GROSS	TAXES				DEDUCTIONS			DIRECT	NET
								PAY								DEPOSIT	PAY
CHECKDATE	RATE	REGULAR	OVERTIME	OTHER	REGULAR	OVERTIME	OTHER		FEDERAL	FICA	STATE	LOCAL	401K	INSURANCE	OTHER		
05/22/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	995.00	995.00	.00	76.12	.00	.00	.00	.00	.00	.00	918.88
05/29/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1000.00	1000.00	.00	76.50	.00	.00	.00	.00	.00	.00	923.50
06/05/20	.00	.000	.000	.000	.00	.00	1050.00	1050.00	.00	80.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	969.67
TOTALS		.000	.000	.000	.00	.00	3045.00	3045.00	.00	232.95	.00	.00	.00	.00	.00	.00	2812.05

Earnings Hours	Earnings Amounts		Taxes		Deductions
	Piece Work	3045.00	FICA - OASDI	188.79	
			FICA - Medicare	44.16	

5786961 (4)

WBS | WORKFORCE BUSINESS SERVICES

TO BE COMPLETED BY THE BUSINESS OWNER
Client Company _____ Client # _____

Employee Name: Diego Santos

Florida Employee Enrollment Form

This Employment Enrollment Form is NOT an application for employment and should not be used as such.

(Informe de vinculación de empleados mediante arrendamiento Este Informe Laboral NO es una solicitud de trabajo y NO debe ser utilizado como tal.)

Employee Acknowledgment

I hereby acknowledge my current employer (Client Company) has entered into an client services agreement contract with Workforce Business Services (WBS). Through this contract WBS will provide Client Company with certain professional employer services. services. Under this arrangement Client Company and WBS will become co-employers. Under this co-employer relationship, I will be an assigned solely and exclusively to Client Company. I will remain an employee of Client Company and Client Company will continue to have control over my day-to-day job duties and the work site. Client Company will also continue to provide all on site supervision, including but not limited to, determining my job assignments and training requirements, evaluating my performance, and establishing pay rates. Client Company may have the right to accept or cancel the assignment. WBS will not have an on-site supervisor or representative at my work-site.

(***Reconocimiento del arrendamiento de empleados*** Por la presente reconozco que he sido informado de que mi empleador actual (compañía cliente) ha entrado en un acuerdo con Servicios de Personal Empresariales (WBS sus iniciales). A través de este contrato, WBS proporcionará a la compañía cliente ciertos servicios profesionales de empleadores. En virtud de este acuerdo la Compañía cliente y WBS se convertirán en Co-Empleadores. Bajo esta relación de Co-Empleadores, seré un empleado por arriendo de WBS, asignado únicamente y exclusivamente a la compañía cliente. WBS se reserva el derecho de dirección y control sobre los empleados arrendados asignados al lugar de trabajo de la compañía cliente. Continuaré siendo un empleado de la compañía cliente y la compañía cliente seguirá teniendo control sobre mis funciones de trabajo diarias y mi lugar de trabajo. La compañía cliente también continuará prestando toda la supervisión en el lugar de trabajo, incluyendo pero no limitándose a determinar la asignación de mi trabajo y los requisitos de entrenamiento, evaluación de mi desempeño y establecimiento de tasas salariales. WBS mantendrá la autoridad para contratar, terminar, disciplinar y reasignar a los empleados arrendados. Sin embargo, la compañía cliente puede tener el derecho de aceptar o cancelar la asignación. WBS no tendrá un supervisor o representante en mi lugar de trabajo.)

I further understand that WBS is an at-will employer and as such, employment with WBS is not for a fixed term or definite period and may be terminated at any time at the will of either WBS or myself, with or without cause, and without prior notice. The client services agreement between Client Company and WBS will not affect any agreement for employment or compensation which exists with my Client Company. If the contract between my Client Company and WBS is terminated, my work site employee status with WBS will also end on the date of the contract termination.

(Además entiendo que WBS es un empleador a voluntad y como tal, el empleo con WBS no es por un periodo fijo determinado o definido y puede terminarse en cualquier momento por mi propia voluntad o la de WBS, con o sin causa y sin previo aviso. El acuerdo de arrendo de empleados entre la compañía cliente y WBS no afectará ningún acuerdo de empleo o compensación que existen con mi compañía cliente. Si el contrato entre mi compañía cliente y WBS se termina, mi calidad de empleado asignado al lugar de trabajo con WBS también terminará en la fecha de terminación del contrato.)

If WBS does not receive payment from my Client Company for services which I perform, WBS may then pay me the minimum wage or the legally required minimum salary or overtime pay for that period and I agree to this method of compensation. WBS assumes responsibility for the payment of such minimum wages to co-employees without regard to payments by Client Company to WBS. I also agree that WBS does not assume responsibility for payment of any bonuses, commissions, severance pay, deferred compensation, profit sharing, vacation, sick, or other paid time off pay, or for any other payment, unless WBS has received in advance full payment for such items from Client Company. If the contract with my Client Company is terminated, my employment with WBS will end the date the contract terminates and WBS's responsibilities as a co-employer shall also terminate at that time. WBS assumes full responsibility for payment of payroll taxes and collection of payroll taxes and collection of taxes from payroll on co-employees.

(Si WBS no recibe pago de mi compañía cliente por los servicios que preste, WBS me pagará el salario mínimo, o el salario mínimo legal, o pagará las horas extras de ese período y estoy de acuerdo con este método de compensación. WBS asume responsabilidad por el pago de salarios de empleados arrendados sin tener en cuenta los pagos efectuados por la compañía cliente a WBS. También estoy de acuerdo en que WBS no asume responsabilidad por pago alguno de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, compartir utilidades, vacaciones, enfermedad u otro tiempo a pagar, o por cualquier otro pago, donde WBS no ha recibido el pago completo por adelantado para tales propósitos por la compañía cliente. Si se termina el contrato con mi compañía cliente, mi empleo con WBS terminará en la fecha que termina el contrato y las responsabilidades de WBS como Co-empleador también terminarán al mismo tiempo. WBS asume plena responsabilidad por el recaudo y pago de impuestos de nómina y por el recaudo de impuestos de nómina a empleados arrendados.)

CDC
MAY 15 2020