

Formulario de Inscripción



APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DE SU SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN (CALLE)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SIES DIFERENTE)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO DE RESIDENCIA	TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO CELULAR / PARA DEJAR MENSAJES	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA		
FECHA DE NACIMIENTO	SIES MENOR DE 18 AÑOS, ¿TIENE UN PERMISO PARA TRABAJAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DEL EMPLEADOR			TÍTULO / PUESTO	
FECHA DE CONTRATACIÓN CON SU EMPLEADOR	DEPARTAMENTO		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EMPLEADO	

Reconocimiento

- 1. Introducción a BBSI.** El empleador propietario del lugar donde usted trabaja (Worksite Employer) es la compañía u organización donde usted se presenta a trabajar y que le supervisa. El empleador propietario del lugar donde usted trabaja ha celebrado un contrato con Barrett Business Services, Inc. ("BBSI") para que le ayude con asuntos relacionados con recursos humanos, tales como la nómina de pagos y el seguro de indemnización al trabajador. El término "empleado del lugar de trabajo" se refiere a usted.
- 2. Empleador propietario del lugar donde usted trabaja.** Usted reconoce que el empleador propietario del lugar donde usted trabaja, y no BBSI, es su empleador principal para los fines de los servicios que usted presta o el trabajo que usted realiza y de la seguridad en el lugar de trabajo. El empleador propietario del lugar donde usted trabaja tiene control del lugar de trabajo, supervisa y dirige las actividades de trabajo cotidianas, proporciona las instalaciones y el equipo y los suministros para su trabajo (incluyendo el equipo de protección personal, si se necesita alguno para realizar los deberes de su empleo), determina su horario de trabajo, controla su carga de trabajo y su productividad, se asegura de que usted reciba la capacitación apropiada para realizar su trabajo de forma segura, se asegura de que usted esté cubierto por un programa efectivo de prevención de lesiones y enfermedades y determina su tasa de pago y clasificación de empleo. Usted reconoce que el empleador propietario del lugar donde usted trabaja, y no BBSI, recibe el beneficio económico de los servicios que usted presta o el trabajo que realiza. BBSI se hará responsable de ciertas funciones administrativas, según se ha acordado entre BBSI y el empleador propietario del lugar donde usted trabaja.
- 3. Estado de empleo a voluntad.** Su relación de empleo con el empleador propietario del lugar donde usted trabaja continúa siendo voluntaria, lo cual significa que tanto usted como el empleador propietario del lugar donde usted trabaja pueden finalizarla con o sin causa y con o sin notificación previa, a menos que usted tenga un contrato de empleo escrito con el empleador propietario del lugar donde usted trabaja que disponga una relación de empleo distinta a la voluntaria con el empleador propietario del lugar donde usted trabaja. Sin importar cuál sea la naturaleza de su relación de empleo con el empleador propietario del lugar donde usted trabaja, su estado con BBSI puede finiquitarse con o sin causa y con o sin notificación previa. Si su relación de empleo con el empleador propietario del lugar donde usted trabaja finaliza, su estado con BBSI también finalizará en ese momento. Sin embargo, si el empleador propietario del lugar donde usted trabaja y BBSI finalizan su contrato entre sí, terminando de ese modo el estado que usted tiene con BBSI, ese evento independiente no causaría la finalización de su relación de empleo con el empleador propietario del lugar donde usted trabaja.
- 4. Tiempo libre con goce de sueldo y otros beneficios del empleador propietario del lugar donde usted trabaja.** En el caso de que el empleador propietario del lugar donde usted trabaja tenga políticas que proporcionen tiempo libre con goce de sueldo, tales como tiempo de vacaciones, ausencia con permiso por enfermedad, tiempo libre con goce de sueldo o ausencia con permiso con goce de sueldo por razones específicas tales como el embarazo, el empleador propietario del lugar donde usted trabaja será el único responsable de proporcionar los fondos para los beneficios y determinar la elegibilidad para recibirlos de conformidad con tales políticas. BBSI no proporciona, y no tiene ninguna política que provea, vacaciones u otros beneficios de tiempo libre con goce de sueldo, excepto en la medida que la ley lo exige. Si los beneficios de tiempo libre se pagan a través de la nómina de pagos de BBSI, esto constituye solamente un servicio administrativo que se presta en nombre del empleador propietario del lugar donde usted trabaja. Del mismo modo, en la medida en que el empleador propietario del lugar donde usted trabaja proporcione otros beneficios de conformidad con políticas que no son de BBSI, tales como indemnizaciones por despido, opciones de comprar acciones, bonificaciones, distribución de las ganancias, beneficios de jubilación, seguro por discapacidad y otros similares, el empleador propietario del lugar donde usted trabaja será exclusivamente responsable de proporcionar tales beneficios (o de conseguir los beneficios de terceros). En la medida que usted esté sujeto a las leyes estatales o locales de ausencia con permiso por enfermedad con goce de sueldo, el empleador propietario del lugar donde usted trabaja será responsable de proporcionar tales beneficios tanto en nombre propio como de BBSI (en la medida en que BBSI tenga alguna obligación de conformidad con tales leyes). Al proporcionar ejemplos de potenciales beneficios del empleador propietario del lugar donde usted trabaja, este reconocimiento no crea ningún derecho a recibir tales beneficios ni implica que existan tales beneficios.

5. **Cumplimiento de las normas de salarios y horas.** Aunque BBSI procesa la nómina de pagos de su compensación y posiblemente asista al empleador propietario del lugar donde usted trabaja con otros asuntos administrativos relacionados con su compensación, solo tal empleador puede asegurarse de que: sus horas de trabajo se capturen y reporten correctamente en su totalidad para el pago; usted sea clasificado correctamente como empleado exento o no exento; se le paguen horas extras, si se le deben horas extras; se le reembolsen los gastos razonables relacionados con el trabajo; y usted reciba los períodos de descanso que tenga derecho a recibir. Usted acepta que el empleador propietario del lugar donde usted trabaja posee control exclusivo de estos temas, y, por lo tanto, tal empleador es el único responsable de cualquier reclamo que usted pueda tener relacionado con estos temas.
6. **Accidentes y lesiones.** Reporte las lesiones o los accidentes relacionados con el trabajo, así como cualquier circunstancia peligrosa de inmediato a su supervisor, y comuníquese con BBSI si la situación no es manejada de forma oportuna por su supervisor. Usted debe dejar de trabajar de inmediato si siente que su área de trabajo es peligrosa. Además, si se le asignan tareas que le parecen razonablemente peligrosas, puede negarse a realizarlas, y comunicarse con su supervisor o con BBSI. El empleador propietario del lugar donde usted trabaja y BBSI se reservan el derecho de exigir un examen para detectar drogas o alcohol después del accidente o la lesión, si la ley lo permite. Vea la política aplicable sobre las drogas y el alcohol para obtener más información sobre las pruebas para detectar drogas y alcohol.
7. **Pruebas para detectar alcohol y drogas.** Según lo decida exclusivamente el empleador propietario del lugar donde usted trabaja, usted deberá someterse a pruebas para detectar drogas (según se define a continuación) y/o alcohol en la máxima medida que permitan las leyes del estado en el que usted esté empleado, incluyendo de forma enunciativa y no limitativa, pruebas al azar, periódicas, relacionadas con la seguridad, posteriores a un accidente o lesión y pruebas relacionadas con una "causa" o "sospecha razonable". Usted podrá ser suspendido hasta que se reciban los resultados de la prueba. Las condiciones de la suspensión dependerán de las circunstancias. Si usted se niega a someterse a pruebas para detectar las drogas y/o el alcohol de forma oportuna y cooperadora, o si modifica de alguna manera el proceso o la muestra, quedará sujeto a sufrir una medida de disciplina, incluyendo un posible despido. Se prohíben terminantemente tener, vender y/o usar drogas mientras se está en el turno de trabajo, viajando por negocios o mientras se maneja un vehículo que es propiedad del empleador propietario del lugar donde usted trabaja, y/o mientras está en la propiedad del empleador propietario del lugar donde usted trabaja (o en la propiedad de un cliente). De forma similar, se prohíben en esas mismas circunstancias, tener y/o consumir bebidas alcohólicas, o estar bajo los efectos del alcohol, o tener drogas en su cuerpo. Para los fines de esta política, el término "drogas" incluye las sustancias ilícitas, las sustancias lícitas usadas o adquiridas de forma ilícita, y los medicamentos adquiridos y utilizados de forma legal que puedan causar peligro cuando se usan cuando usted está trabajando. Los empleados que usen medicamentos de venta bajo receta de venta libre que puedan limitar su capacidad de realizar su empleo de forma segura o afectar la seguridad de otros, deben notificárselo de inmediato a un supervisor antes de comenzar o retomar un trabajo. Para hacer valer esta política, el empleador propietario del lugar donde usted trabaja se reserva el derecho de realizar inspecciones de su propiedad, de los empleados y de los bienes personales, así como de implementar otras medidas necesarias para desalentar y detectar las infracciones de esta política. El incumplimiento de estas normas relacionadas con las drogas y el alcohol estará sujeto a medidas de disciplina, incluyendo un posible despido.
7. **Reembolsos de los gastos de los empleados.** Aunque BBSI realice los reembolsos relacionados con su trabajo en nombre del empleador propietario del lugar donde usted trabaja, tal empleador es el único responsable de determinar la cantidad del reembolso que se le debe y de administrar todos los programas y las políticas de reembolso de gastos. El único rol de BBSI en relación a los reembolsos de gastos es el desembolso de los fondos proporcionados por el empleador propietario del lugar donde usted trabaja según las cantidades determinadas por tal empleador.
8. **Otras políticas del empleador propietario del lugar donde usted trabaja.** El empleador propietario del lugar donde usted trabaja tendrá otras normas, políticas y procedimientos que usted debe respetar. Si usted tiene alguna pregunta sobre esos temas, por favor consulte con su supervisor o con otro miembro de la gerencia de tal empleador. Es su responsabilidad mantenerse informado sobre los cambios y las actualizaciones de estas normas, políticas y procedimientos.
9. **Acuerdo.** Su firma más abajo confirma que usted entiende, reconoce y está de acuerdo con los términos, hechos y políticas dispuestos en este documento. Este documento no es un contrato de empleo continuado ni garantiza la prestación de ningún beneficio o salario. Este reconocimiento reemplaza a toda promesa o discusión verbal o escrita relacionada con los temas indicados en el presente documento. Si algún término o disposición de este reconocimiento, o alguna porción de los mismos, se declara nulo o no ejecutable, tal término o disposición será eliminado y el resto de este reconocimiento continuará siendo ejecutable. Los términos de este reconocimiento solo pueden ser cambiados por escrito, por un representante autorizado de BBSI.

FIRMA DEL EMPLEADO DEL LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL EMPLEADO DE LUGAR DE TRABAJO (LETRA DE MOLDE)

FECHA

Reconocimiento Del Empleado De La Medical Provider Network



Para brindar atención médica de la más rápida y de apropiada calidad en el evento de una lesión ocasionada en el trabajo, hemos instituido una Red de Proveedores Médicos para propósitos de Compensación Laboral.

Los procedimientos siguientes deben ser seguidos para todas las lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo.

- Reporte inmediatamente a su supervisor cualquier lesión ocasionada en el trabajo.
- Para una referencia a un médico especialista, comuníquese con su empleador o ajustador de reclamos.
- Cerciórese que todo tratamiento médico sea manejado únicamente por la MPN (Red de Proveedores Médicos), a menos que de otro modo autorizado
- Dirija toda pregunta sobre el nivel de cuidado al PCP (Primary Care Physician – Médico de Cabecera), quien es el punto de referencia para todo tratamiento médico.
- Un directorio de proveedores de cuidado médico está disponible al solicitarlo a través de mi empleador.

Por favor firmar abajo para indicar que usted ha leído y entendido los procedimientos que se siguen en el evento de una lesión y sus responsabilidades bajo nuestra Red de Proveedores Médicos.

✓	_____	✓	_____
	Nombre en Imprenta		Fecha
✓	_____	✓	_____
	Firma del Empleado		Empleador
✓	_____		
	Número del Empleado (Opcional)		

UNA COPIA DEL DIRECTORIO DE LA MPN ESTA DISPONIBLE DE SU EMPLEADOR O AJUSTADOR AL SOLICITARLO.

Employee Acknowledgement of the Medical Provider Network



In order to provide the most timely and suitable quality medical care in the event of an injury on the job, we have instituted a Medical Provider Network for Workers' Compensation purposes.

The following procedures must be followed for all work related injuries and illnesses.

- Report promptly any work related injury to the supervisor.
- For a referral to a medical provider specialist, contact your employer or claims adjuster.
- Ensure all medical treatment is handled only through the MPN (Medical Provider Network) unless otherwise authorized.
- Direct all questions about the level of care to the PCP (Primary Care Physician), who is the focal point for all medical treatment.
- A directory of medical care providers is available at my request through my employer.

Please sign below to indicate that you have read and understand the procedures to follow in the event of an injury and your duties under our Medical Provider Network.

✓	_____	✓	_____
	Print Name		Date
✓	_____	✓	_____
	Employee Signature		Employer
✓	_____		
	Employee Number (Optional)		

A COPY OF THE MPN DIRECTORY IS AVAILABLE FROM YOUR EMPLOYER OR ADJUSTER UPON YOUR REQUEST.

Notification to the Workers' Compensation Appeals Board



La ley requiere que la empresa "BBSI" le informe al División de Fraude de la Junta de Apelaciones de Compensación al Trabajador sobre cualquier asunto y preocupación con respecto a los reclamos falsos o fraudulentos.

Toda persona que realice, o que a sabiendas haga que se realice cualquier tipo falsificación o una declaración falsa o fraudulenta con el propósito de obtener o negar beneficios o pagos de compensación al trabajador, es culpable de un delito mayor y podría recibir una multa y el encarcelamiento.

Una violación de esta ley se penaliza con el encarcelamiento de uno a cinco años, o con una multa de hasta \$150,000 dólares o el doble del valor del fraude, según cual fuera mayor, o recibir ambos, la multa y el encarcelamiento. También puede haber penalizaciones civiles adicionales.

La empresa "BBSI" buscará tomar acción legal en contra de todos los casos que se sospechen ser fraude de compensación al trabajador, y enjuiciará a las personas involucradas con todo el peso de la ley.

He leído y entiendo esta política.

- ✓ **Nombre:** _____
- ✓ **Firma:** _____
- ✓ **Número de Seguro Social:** XXX-XX- _____
- ✓ **Fecha:** _____

EEO / ACCIÓN AFIRMATIVA / FORMA DE REVELACIÓN VETERANA

Estamos sujetos a ciertos requisitos gubernamentales relacionados con el mantenimiento de registros e informes para la administración de las leyes y los reglamentos de derechos civiles. Para cumplir con estas leyes, invitamos a los empleados a identificar voluntariamente su raza y grupo étnico. La presentación de esta información es voluntaria, y la negativa de proporcionarla no le causará ninguna consecuencia adversa. Se protegerá la confidencialidad de la información y esta solo se usará de conformidad con las disposiciones de las leyes, las órdenes ejecutivas y de los reglamentos aplicables, incluyendo aquellos que exigen que la información se resuma y reporte al gobierno federal para la aplicación de las leyes de derechos civiles. Cuando se reporten, los datos no identificarán a ningún individuo específico.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SEGURO SOCIAL #: _____

POR FAVOR IMPRIMA EXACTAMENTE EL TÍTULO DEL TRABAJO PARA CUAL USTED ESTÁ SOLICITANDO:

VERIFIQUE TODO QUE APLICA:

HOMBRE [M]

BLANCO, NO DE ORIGEN HISPANO [W]

MUJER [F]

INDIO AMERICANO /NATIVO DE ALASKA [I]

ASIÁTICO [A]

NATIVO HAWAIANO / ISLEÑO PACÍFICO [P]

NEGRO O AFROAMERICANO [B]

DOS O MÁS RAZAS [T]

HISPANO O LATINO [H]

Escojo No Proporcionar La Información Solicitada. [Z]

VETERANO DE LA ERA DE VIETNAM

No Sí

Sirvió en el servicio militar por un período de más de 180 días cualquier parte de que ocurrió entre 8/5/64 y 5/7/75 y fue despedido o liberado con excepción de una despedida deshonrosa o a causa de una incapacidad conectada al servicio.

VETERANO CON IMPEDIMENTOS ESPECIALES

No Sí

Permitido a la compensación de la incapacidad bajo leyes administradas por la Administración de Veterano para una incapacidad valoró al 30 por ciento o más o valorado en el 10-20 por ciento en el caso de un veterano que ha sido determinado bajo Sección 1506 del Título 38, U.S.U., para tener una incapacidad grave del empleo, o despedido/liberado del servicio activo a causa de un incapacidad conectada al servicio.

VETERANO RECIÉN SEPARADO

No Sí

Liberado o despedido del servicio activo dentro del último período del año.

Formulario de Elección de Nómina



✓ **Empleador en el lugar de trabajo:** _____ **Fecha:** _____ ✓

✓ **Nombre del empleado (en letra de imprenta):** _____

✓ **Correo Electrónico:** _____

✓ **Firma del empleado:** _____ **Núm. de Seguro Social:** _____ ✓

Nueva Inscripción

Inscribir en Depósito Directo a una Cuenta Bancaria:

Por favor complete la sección de arriba y adjunte un cheque anulado, o una copia de un cheque anulado, o una confirmación impresa del Número de Tránsito de la ABA y su Número de Cuenta como deben aparecer en la nómina de BBSI.

Depositar \$_____ en cada fecha de pago en mi:

(Escriba "Net" si elige depositar todo el sueldo neto en esta cuenta)

Nombre de la institución financiera: _____

Número de Tránsito de la ABA Y Número de Cuenta _____

Cuenta de Cheques

Cuenta de Ahorro

Depositar lo que quede (si queda) de mi sueldo neto en:

Número de Tránsito de la ABA Y Número de Cuenta _____

Cuenta de Cheques

Cuenta de Ahorro

Inscribir en Depósito Directo a una Tarjeta de Nómina Visa:

Recibirá su Tarjeta de Nómina PaychekPLUS! Elite® Visa® personalizada en 7 – 10 días hábiles de su Gerente o Administrador de Nómina.

Depositar \$_____ en cada fecha de pago (Escriba "Net" si elige depositar todo el sueldo neto)

Al marcar esta casilla usted está eligiendo que su sueldo sea depositado directamente en una Tarjeta de Nómina Visa y está de acuerdo con lo siguiente:

Consentimiento de Cuenta de Tarjeta: Por el presente nombro a MetaBank™ como mi institución financiera para que acepte el depósito directo de mis sueldos de mi empleador en una cuenta en MetaBank Decido recibir una tarjeta de nómina en mi nombre emitida por MetaBank con el propósito de acceder a mis sueldos desde mi cuenta de Tarjeta de Nómina. Reconozco que terceros que no sean MetaBank pueden cobrar comisiones y cargos en conexión con el uso de la Tarjeta de Nómina; sin embargo, entiendo que puedo elegir una de varias transacciones en cada período de pago, que se describen en los Términos y Condiciones del Titular de Tarjeta, con la cual puedo retirar el total de mi sueldo neto sin pagar una comisión. Declaro que lo anterior es verdad y completo según mi leal saber y entender. Autorizo a la Compañía a depositar directamente mis sueldos en cada fecha de pago en mi cuenta de Tarjeta de Nómina. Esta autorización permanecerá vigente hasta que haya avisado por escrito a BBSI, Payroll Administrator, que quiero cancelarla. Si se depositan fondos en mi cuenta a los que no tengo derecho, autorizo a BBSI que ordene a MetaBank a devolver dichos fondos. También entiendo que es mi responsabilidad verificar depósitos antes de hacer transacciones contra el saldo de la Tarjeta.

Cambiar inscripción

Cambio en el Depósito Directo:

Para hacer cualquier cambio a la inscripción original, por favor marque esta casilla y haga los cambios en los espacios que se encuentran más arriba. Se debe adjuntar un cheque anulado, o una copia de un cheque anulado, o una confirmación impresa del Número de Tránsito de la ABA y su Número de Cuenta si cambia de instituciones financieras.

Cancelar inscripción

Cancelar la opción de Depósito Directo:

Por favor indique la Fecha de Cancelación aplicable: _____

Si no desea participar en Depósito Directo, por favor contacte a su representante de BBSI y solicite instrucciones.

Por la presente autorizo a BBSI y a la institución financiera indicada más arriba a iniciar asientos contables en el número de cuenta indicado en este Acuerdo. En caso de que la institución financiera seanotificada por BBSI que se han depositado por error fondos en la cuenta indicada más arriba a los que el empleado no tiene derecho, autorizo a la institución financiera a que devuelva dichos fondos a BBSI.

Por favor tenga en cuenta: Para asegurar un procesamiento rápido y preciso de solicitudes de inscripción o cambio, envíe todas las solicitudes de empleados incluyendo un cheque anulado (los comprobantes de depósito no sirven) a BBSI tan pronto como sean completadas. Este acuerdo puede ser cancelado solo de la manera indicada en la opción CANCELAR DEPÓSITO DIRECTO más arriba. Los Depósitos Directos usualmente entrarán en vigencia dentro de los 14 días a partir de la fecha en que BBSI recibe este formulario.

Si usted no elige una de las opciones de depósito directo indicadas más arriba y no complete el formulario de No Participar en Depósito Directo que se encuentra al dorso, recibirá automáticamente una tarjeta de nómina Visa.

**** No se realizarán Depósitos Directos a una Cuenta Bancaria sin uno de los siguientes documentos.)**

ADJUNTAR

Cheque anulado O listado del banco número de tránsito de la ABA**

Los comprobantes de depósito no sirven

Si no desea participar en Depósito Directo, por favor contacte a su representante de BBSI y solicite instrucciones.

✓ **Nombre con letra de imprenta**

Firma

Fecha

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

2020

Paso 1:
Anote su información personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		▶ ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c)		
<input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado		
<input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta (o Viudo que reúne los requisitos)		
<input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en línea y conocer acerca de su privacidad.

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

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) **o**

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

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

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2020 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos de trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo uno de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de dependientes	Si su ingreso va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ▶ \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ▶ \$ _____ Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

Paso 5:
Firme aquí

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

▶ **Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).** ▶ **Fecha**

Para uso exclusivo del empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	---	-------------------------	--

Instrucciones Generales

Acontecimientos Futuros

Si desea informarse sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Si no se le retiene una cantidad suficiente, por lo general, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa. Si se le retiene demasiado, por lo general, recibirá un reembolso. Complete un Formulario W-4(SP) nuevo cuando cambios a su situación personal o financiera modificaran las entradas en el formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo presentar un Formulario W-4(SP) nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés.

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2020 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2019 usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2020 usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2019 si (1) su impuesto total en la línea **16** de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2019 es cero (o si la línea **16** es menor que la suma de las líneas **18a**, **18b** y **18c**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2020. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo “*Exempt*” (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1a, 1b y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 16 de febrero de 2021.

Su privacidad. Si prefiere limitar la información proporcionada en los Pasos 2 a 4, utilice el estimador de retención de impuestos en línea, el cual también aumentará la precisión.

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c). Si éste es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

Cuándo usar el estimador de retención de impuestos. Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Tiene ingresos por dividendos o ganancias de capital o sus ingresos están sujetos a impuestos adicionales, como el impuesto adicional del *Medicare*;
3. Tiene ingresos del trabajo por cuenta propia (vea a continuación); o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para múltiples situaciones de empleo.

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si desea pagar estos impuestos mediante la retención de su salario, use el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular la cantidad a retener.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones suplementarias del Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de completar este formulario.

Instrucciones Específicas

Paso 1(c). Verifique su estado civil anticipado para efectos de la declaración. Esto determinará la deducción estándar y las tasas de impuesto utilizadas para calcular su retención.

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

La opción **(a)** calcula con mayor precisión el impuesto adicional que se le tiene que retener, mientras que la opción **(b)** lo calcula con menor precisión.

Si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción **(c)**. El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es más o menos precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional será mayor, mientras más grande sea la diferencia salarial entre los dos empleos.



Múltiples empleos. Complete los Pasos 3 a 4(b) en un solo Formulario W-4(SP). La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto.

Paso 3. El Paso 3 del Formulario W-4(SP) provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad a partir del 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 972, *Child Tax Credit and Credit for Other Dependents* (Crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** en este paso, como los créditos tributarios por estudios y el crédito por impuestos extranjeros. Para hacerlo, sume un estimado de la cantidad para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

Paso 4(a). Anote en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún empleo o ingresos del trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), es probable que no tenga que hacer pagos de impuesto estimado para ese ingreso. Si prefiere pagar el impuesto estimado en lugar de tener impuestos sobre otros ingresos retenidos de su cheque de paga, vea el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés.

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea **5** de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2020 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

Paso 4(c). Anote en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su paga en **cada período de pago**, incluida cualquier cantidad proveniente de la línea **4** de la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos**. El anotar una cantidad aquí reducirá su cheque de paga y aumentará su reembolso o reducirá cualquier cantidad de impuesto que usted adeude.

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



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

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

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

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



- 1 Anote una estimado de sus deducciones detalladas de 2020 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040 o 1040-SR)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios calificados, contribuciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$24,800 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que} \\ \text{reúne los requisitos} \\ \bullet \$18,650 \text{ si es cabeza de familia} \\ \bullet \$12,400 \text{ si es soltero o casado que presenta una declaración por separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote “-0-” 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos *IRA* deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes del Anexo 1 (Formulario 1040 o 1040-SR)). Vea la Publicación 505 para más información 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) 5 \$ _____

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

estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.
 Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.
 El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.
 Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenlosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$220	\$850	\$900	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,210	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	220	1,220	1,900	2,100	2,220	2,220	2,220	2,220	2,410	3,410	4,070	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,900	2,730	2,930	3,050	3,050	3,050	3,240	4,240	5,240	5,900	5,900
\$30,000 - 39,999	900	2,100	2,930	3,130	3,250	3,250	3,440	4,440	5,440	6,440	7,100	7,100
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,050	3,250	3,370	3,570	4,570	5,570	6,570	7,570	8,220	8,220
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,050	3,250	3,570	4,570	5,570	6,570	7,570	8,570	9,220	9,220
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,050	3,440	4,570	5,570	6,570	7,570	8,570	9,570	10,220	10,220
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,240	4,440	5,570	6,570	7,570	8,570	9,570	10,570	11,220	11,240
\$80,000 - 99,999	1,060	3,260	5,090	6,290	7,420	8,420	9,420	10,420	11,420	12,420	13,260	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	5,900	7,100	8,220	9,320	10,520	11,720	12,920	14,120	14,980	15,180
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,390	11,590	12,790	13,990	15,190	16,050	16,250
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,390	11,590	12,790	13,990	15,520	17,170	18,170
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,390	11,590	13,120	15,120	17,120	18,770	19,770
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,720	12,720	14,720	16,720	18,720	20,370	21,370
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,470	8,200	10,320	12,320	14,320	16,320	18,320	20,320	21,970	22,970
\$320,000 - 364,999	2,720	5,920	8,750	10,950	13,070	15,070	17,070	19,070	21,290	23,590	25,540	26,840
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,600	12,100	14,530	16,830	19,130	21,430	23,730	26,030	27,980	29,280
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,170	12,870	15,500	18,000	20,500	23,000	25,500	28,000	30,150	31,650

Soltero o Casado que presenta una declaración por separado

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$460	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,470	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	940	1,530	1,610	2,060	3,060	3,460	3,460	3,460	3,640	3,830	3,830	3,830
\$20,000 - 29,999	1,020	1,610	2,130	3,130	4,130	4,540	4,540	4,720	4,920	5,110	5,110	5,110
\$30,000 - 39,999	1,020	2,060	3,130	4,130	5,130	5,540	5,720	5,920	6,120	6,310	6,310	6,310
\$40,000 - 59,999	1,870	3,460	4,540	5,540	6,690	7,290	7,490	7,690	7,890	8,080	8,080	8,080
\$60,000 - 79,999	1,870	3,460	4,690	5,890	7,090	7,690	7,890	8,090	8,290	8,480	9,260	10,060
\$80,000 - 99,999	2,020	3,810	5,090	6,290	7,490	8,090	8,290	8,490	9,470	10,460	11,260	12,060
\$100,000 - 124,999	2,040	3,830	5,110	6,310	7,510	8,430	9,430	10,430	11,430	12,420	13,520	14,620
\$125,000 - 149,999	2,040	3,830	5,110	7,030	9,030	10,430	11,430	12,580	13,880	15,170	16,270	17,370
\$150,000 - 174,999	2,360	4,950	7,030	9,030	11,030	12,730	14,030	15,330	16,630	17,920	19,020	20,120
\$175,000 - 199,999	2,720	5,310	7,540	9,840	12,140	13,840	15,140	16,440	17,740	19,030	20,130	21,230
\$200,000 - 249,999	2,970	5,860	8,240	10,540	12,840	14,540	15,840	17,140	18,440	19,730	20,830	21,930
\$250,000 - 399,999	2,970	5,860	8,240	10,540	12,840	14,540	15,840	17,140	18,440	19,730	20,830	21,930
\$400,000 - 449,999	2,970	5,860	8,240	10,540	12,840	14,540	15,840	17,140	18,450	19,940	21,240	22,540
\$450,000 y más	3,140	6,230	8,810	11,310	13,810	15,710	17,210	18,710	20,210	21,700	23,000	24,300

Cabeza de familia

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$830	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,480	\$1,870	\$1,870	\$1,930	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	830	1,920	2,130	2,220	2,220	2,680	3,680	4,070	4,130	4,330	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	930	2,130	2,350	2,430	2,900	3,900	4,900	5,340	5,540	5,740	5,850	5,850
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,430	2,980	3,980	4,980	6,040	6,630	6,830	7,030	7,140	7,140
\$40,000 - 59,999	1,020	2,530	3,750	4,830	5,860	7,060	8,260	8,850	9,050	9,250	9,360	9,360
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,310	6,600	7,800	9,000	10,200	10,780	10,980	11,180	11,580	12,380
\$80,000 - 99,999	1,900	4,300	5,710	7,000	8,200	9,400	10,600	11,180	11,670	12,670	13,580	14,380
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,850	7,140	8,340	9,540	11,360	12,750	13,750	14,750	15,770	16,870
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,850	7,360	9,360	11,360	13,360	14,750	16,010	17,310	18,520	19,620
\$150,000 - 174,999	2,040	5,060	7,280	9,360	11,360	13,480	15,780	17,460	18,760	20,060	21,270	22,370
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,130	10,480	12,780	15,080	17,380	19,070	20,370	21,670	22,880	23,980
\$200,000 - 249,999	2,970	6,470	8,990	11,370	13,670	15,970	18,270	19,960	21,260	22,560	23,770	24,870
\$250,000 - 349,999	2,970	6,470	8,990	11,370	13,670	15,970	18,270	19,960	21,260	22,560	23,770	24,870
\$350,000 - 449,999	2,970	6,470	8,990	11,370	13,670	15,970	18,270	19,960	21,260	22,560	23,900	25,200
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,560	12,140	14,640	17,140	19,640	21,530	23,030	24,530	25,940	27,240



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

▶ START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number	
	□ □ □ □ - □ □ - □ □ □ □					

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See instructions)	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. (See instructions)	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

Signature of Employee	Today's Date (mm/dd/yyyy)
-----------------------	---------------------------

Preparer and/or Translator Certification (check one):
 I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator			Today's Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		
Address (Street Number and Name)		City or Town	State	ZIP Code

STOP *Employer Completes Next Page* **STOP**



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------	---------------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): _____ **(See instructions for exemptions)**

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative		
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative	Employer's Business or Organization Name		
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	ZIP Code

Section 3. Reverification and Rehires *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)	

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
-----------------------	------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
---	----------------------------------	--

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

MAXIMUS Cuestionario de crédito de impuestos

MANAGERS USE ONLY- REQUIRED INFORMATION

Branch Phone # _____ **BBSI Branch #** _____

WorksiteEmployer : _____

Employee Start Date: _____

Nuestra compañía participa en el programa de Créditos fiscales por oportunidades de trabajo (WOTC), creado por el gobierno y coordinado con MAXIMUS para proporcionar incentivos a los patrones que contratan a aquellos que más necesitan el empleo.

Por favor haga una marca en "Sí" o "No" según sea aplicable en las siguientes declaraciones:

SÍ **NO**

- Por favor marque las casillas apropiadas más abajo para indicar su nivel de edad.
 16-17 18-24 25-39 Mayor de 40
- ¿Usted o algún miembro de su familia recibió, beneficios de Bienestar social, Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) o cupones de alimentos? Si es sí, por favor indique más abajo qué se recibió:
 Cupones de alimentos TANF Bienestar social
Fecha inicial: _____ / _____ / _____ Fecha de terminación: _____ / _____ / _____
Beneficios recibidos en: Ciudad: _____ Estado: _____
- ¿Está usted actualmente desempleado?
- ¿Estabas desempleado al menos 27 semanas consecutivas / seis meses?
¿Puede proporcionar la fecha aproximada en que se inició el paro? mes _____ año _____
- ¿Ha servido usted en las fuerzas armada o el ejército?
- ¿Fue licenciado del servicio activo en los últimos cinco años?
- ¿Recibe beneficios por discapacidad durante el servicio o fue licenciado de los servicios armados durante el año anterior?
- ¿Ha recibido servicios para rehabilitación vocacional o es un veterano incapacitado?
Fecha inicial: _____ / _____ / _____ Fecha de terminación: _____ / _____ / _____
Nombre del asesor: _____ Teléfono: _____
Beneficios recibidos en: Ciudad: _____ Estado: _____
- ¿Ha sido condenado por algún delito grave o ha sido liberado de prisión durante el año anterior?
Nombre del funcionario de libertad bajo palabra: _____ Teléfono: _____
Condenado en: Ciudad: _____ Estado: _____
- ¿Recibió usted beneficios de ingresos de seguridad complementarios (SSI) en cualquier mes que haya terminado en los últimos 60 días?

AUTORIZACIÓN DE REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a mi patrón o su representante para obtener información de mis expedientes para determinar si cumplo con los requisitos para el programa de Créditos fiscales por oportunidades de trabajo. También autorizo a la agencia apropiada para revelar la información de mis expedientes pedida, a mi patrón o su representante; incluyendo el pedido a la administración del Seguro Social de una impresión de un formulario TPQY (averiguación de terceros).

Nombre del empleado: _____ **Nº de SS.** _____

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

AL SOLICITANTE DE TRABAJO O EMPLEADO

El patrón revelará a la Agencia estatal de seguridad del empleo toda la información y documentos de respaldo que usted ha proporcionado al llenar este formulario o en algunos casos, otra información que podría ayudar a comprobar las respuestas que usted ha dado a las preguntas del formulario. La entrega de esta información es voluntaria para reunir los requisitos para un Crédito fiscal federal. No obstante, su patrón necesita la información para recibir el Crédito fiscal federal. Si la información proporcionada es sobre algún miembro de su familia, usted deberá darle una copia de este aviso.

Pre-Screening Notice and Certification Request for the Work Opportunity Credit

OMB No. 1545-1500

▶ Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.

Job applicant: Fill in the lines below and check any boxes that apply. Complete only this side.

Your name _____ Social security number ▶ _____

Street address where you live _____

City or town, state, and ZIP code _____

County _____ Telephone number _____

If you are under age 40, enter your date of birth (month, day, year) _____

- 1 Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.
- 2 Check here if **any** of the following statements apply to you.
 - I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a. Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b. Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.
- 3 Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 4 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.
- 5 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 6 Check here if you are a member of a family that:
 - Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.
- 7 Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

Signature—All Applicants Must Sign

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

Job applicant's signature ▶ _____

Date _____

AVISO PARA EL EMPLEADO
Sección 2810.5 del Código Laboral

Este formulario no tiene por intención modificar la índole de su empleo a voluntad propia sin un contrato de plazo fijo. Esto significa que la relación laboral puede ser terminada a voluntad propia por cualquiera de las partes involucradas en cualquier momento, con o sin causa y con o sin aviso de anticipación.

EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____ Fecha de Comienzo: _____

EMPLEADOR

Nombre Legal del Empleador que Hace la Contratación: _____

Otros Nombres Bajo los Cuales el Empleador Lleva a Cabo su Negocio(si se aplica): _____

Dirección de la Ubicación Física de la Oficina Principal: _____

Dirección para la Correspondencia del Empleador (si fuera diferente a lo indicado en lo anterior): _____

Número de Teléfono del Empleador: _____

La compañía traspassa ciertas funciones administrativas del empleador a la empresa **Barrett Business Services, Inc.** (BBSI). La oficina corporativa o lugar principal de administración de la empresa BBSI se encuentra ubicado en el 8100 Parkway Drive, Suite 200, Vancouver, WA 98662. El número de teléfono de BBSI es el (360) 828-0700.

INFORMACIÓN SOBRE EL SUELDO

Tasa(s) de Sueldo: _____ Tasa(s) de Sueldo de Tiempo Extra: _____

Tasa de Sueldo por (marque el casillero): Hora Turno Día/Jornada Semana Salarial Destajo Comisión
 Otro Tipo (anote detalles específicos): _____

¿Existe un acuerdo por escrito que proporciona la(s) tasa(s) de sueldo? (marque el casillero): Sí No

Si la respuesta es que "Sí", ¿ese acuerdo por escrito contiene todas las tasas de sueldo y los datos de información en lo que se basan? Sí No

Concesiones o viáticos, si los hubiera, que se incorporan o reclaman como parte del sueldo mínimo (incluyendo las concesiones o los viáticos por comida u hospedaje): _____

(Si el empleado ha firmado el reconocimiento de aceptación de recibo en la parte inferior, no constituye ser un acuerdo escrito voluntario como lo requiere la ley entre el empleador y el empleado para dar crédito por el costo de cualquier comida u hospedaje contra el sueldo mínimo. Todo tal acuerdo por escrito voluntario debe evidenciarse independientemente mediante un documento separado.)

Día Regular de Pago: _____

INDEMNIZACIÓN LABORAL

La empresa **Ace American Insurance Company** proporciona la cobertura del seguro de indemnización laboral. La información de contacto para el programa es la siguiente: **CorVel Corporation**, P.O. Box 277550, Sacramento, CA 95827. El número de teléfono es el (916) 605-3800. Número de la póliza actual: _____.

Se le deben reportar inmediatamente a su supervisor todas las lastimaduras o accidentes laborales y, por consiguiente, la compañía debe comunicarse inmediatamente con la empresa BBSI. Tras un accidente, será requerido de usted someterse a una prueba de alcohol/drogas hasta el nivel permitido conforme a la ley.

LICENCIA DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD CON GOCE DE SUELDO

Al menos que sea exento, el empleado identificado en este aviso tiene derecho a los requisitos mínimos para el beneficio de licencia de ausencia por enfermedad con goce de sueldo bajo ley estatal, la cual permite y esclarece que un empleado:

- a. Puede acumular tiempo de licencia por enfermedad con goce de sueldo y pedir y usar hasta un máximo de 3 días o 24 horas de tiempo acumulado de licencia por enfermedad con goce de sueldo por año;
- b. No puede ser despedido, ni pueden haber represalias en contra del empleado por usar o por pedir permiso para usar el tiempo acumulado de la licencia por enfermedad con goce de sueldo; y
- c. Tiene el derecho a presentar una queja formalmente en contra de un empleador que ha tomado represalias en contra del empleado, o que ha discriminado al empleado por:
 1. pedir o usar días acumulados de licencia por enfermedad;
 2. intentar ejercer su derecho de poder usar sus días de licencia por enfermedad con goce de sueldo;

3. presentar formalmente una queja o por alegatos de un quebranto del Artículo 1.5, sección 245 y siguientes del Código Laboral del estado de California;
4. cooperar en una investigación o con la fiscalía con respecto a una presunta violación de este Artículo o con respecto a la oposición contra cualquier política, práctica o acto que está prohibido por el Artículo 1.5 sección 245 y siguientes del Código Laboral del estado de California.

Lo siguiente se aplica al empleado identificado en ese aviso: (marque un casillero)

- 1. Acumula tiempo de licencia por enfermedad con goce de sueldo solamente en conformidad con los requisitos mínimos establecidos en la sección 245 y los siguientes del Código Laboral sin haber ninguna otra política por parte del empleador que proporcione términos adicionales o diferentes para la acumulación y el uso de la licencia por enfermedad con goce de sueldo.
- 2. Acumula tiempo de licencia por enfermedad con goce de sueldo en conformidad con la política del empleador la cual cumple satisfactoriamente o excede los requisitos de acumulación, enlace, y uso de la sección 246 del Código Laboral.
- 3. El empleador proporciona por lo menos 24 horas (o 3 días) de licencia por enfermedad con goce de sueldo al comienzo de cada periodo de tiempo de 12 meses.
- 4. El empleado está exento de recibir cobertura de protección de licencia por enfermedad con goce de sueldo por la sección 245.5 del Código Laboral. (Exención estatal e inciso específico para la exención):

RECONOCIMIENTO DE ACEPTACIÓN DE RECIBO

(EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE del Representante del Empleador)

(EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE del Empleado)

(FIRMA del Representante del Empleador)

(FIRMA del Empleado)

(Fecha)

(Fecha)

La sección 2810.5(b) del Código Laboral exige que el empleador le avise a usted por escrito sobre cambios a la información presentada en este aviso dentro de los primeros siete días de haberse efectuado los cambios, con la excepción de que se aplique una de las siguientes situaciones: (a) Todos los cambios se indican en el talón de pago que se proporciona rápidamente de acuerdo a la sección 226 del Código Laboral; (b) Se le proporciona un aviso sobre todos los cambios en otro aviso separado requerido por ley dentro de los primeros siete días de haberse efectuado los cambios.

Employee Data Sheet

PWCA Supplemental Unemployment Benefit Plan

Name: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Social Security No.: _____

Email Address: _____

Signature: _____

Please return to:

Service Contract Administrators, Inc.

PO Box 14945

Columbus, OH 43214-0945

800.558.5862 bus.

614.447.8560 fax

processing@servicecontractadmin.com

