HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209
Office (941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

Yo entiendo y estoy de acuerdo en lo siguiente: todavía no soy un empleado de Howard Leasing. Si sufro una lesión o hubiera sufrido una lesión relacionada con mi trabajo, mientras trabajaba con la Compañía Cliente, pero antes de ser aceptado como un empleado subcontratado de Howard Leasing, la Compañía Cliente (no Howard Leasing) será responsable en proveer Cobertura de Compensación al Trabajador, aunque yo sea pagado por Howard Leasing, ó sea aceptado, subsiguientemente como empleado de Howard Leasing. No seré aceptado como empleado de Howard Leasing, y la Cobertura de Compensación al Trabajador, no será provista por Howard Leasing, por cualquier accidente, hasta que toda las páginas de la Aplicación de Empleado de Howard Leasing sean completadas y firmadas por mí, y la Aplicación de Empleado de Howard Leasing sea entregada a Howard Leasing y Howard Leasing me acepte como un empleado suyo.

La Aplicación de Empleado de Howard Leasing incluye los siguientes documentos: Esta página (Reconocimiento del Empleado) las Notificaciones Importantes y los Reconocimientos Requeridos, Historia Médica Anterior a la Oferta de Trabajo, Formulario I-9, Formulario W-4. También reconozco que he recibido mi copia de la Notificación Sobre Abuso de Drogas y Alcohol.

Para Ser Completado Por El EMPLEADO:

Entiendo y estoy de acuerdo, que si mi empleo termina por cualquier razón, debo notificar a Howard Leasing dentro de 72 horas, para una possible reasignación y que mis beneficios de empleo pueden ser negado, si no cumplo con esta obligación.

Firma Del Empleado _____ Fecha _____

Por favor **IMPRIMA** toda la información con su **NOMBRE COMPLETO** tal como aparece en su **tarjeta del Seguro Social**

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección Del Hogar _____ Número de apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ Número de apartamento _____
(Si es diferente de arriba)
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono alternativo _____
Correo electrónico _____
Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Para Ser Completado Por El CLIENTE:

Por favor **IMPRIMA** toda la informacion. **Incluya una copia de la tarjeta del seguro social del empleado** con este paquete de inscripción
Nombre del Cliente _____ Número del cliente _____
Status ☐ Emp Nuevo ☐ Re-Empleado ☐ Transferido Fecha de Empleo_____ Fecha Original de empleo _____
Codigo de Clase de "Workers' Comp" _____ Titulo de la Posición _____
Lugar _____ Dept. Primario _____ Dept. Secundario _____
Status FLSA ☐ Exempto ☐ No Exempto ☐ Tiempo Completo / ☐ Tiempo Parcial No. de Horas Standard por Semana _____

Frequencia de pago	Metodo y tasa de pago		
☐ Semanal	☐ Por Hora	Tasa _____	$ Por _____
☐ Bisemanal	☐ Salario	Tasa _____	$ Por _____
☐ Semi mensual	☐ Por Obra	Tasa _____	$ Por _____
☐ Mensaul	☐ Propina	☐ Comision	

Howard Leasing ofrece una opción de pago en un certificado, que si se la ofrece su empleador, usted puede elegir usar esa opción, o rechazarla y recibir un cupon-de-pago. Si tiene preguntas en cuanto a esta opción, favor consultar con su su especialista de nómina.

☐ Inscríbame en la opción de pago con un certificado ☐ Opto por no Participar y deseo recibir pago mediante cupón de pago

Firma del cliente _____ Fecha _____
Imprima el nombre _____ Título _____

Envie esta aplicación de empleo por correo electrónico ó fax antes de empezar el empleo.
Email: eeapps@howardleasinginc.com Fax: (941) 761-1312

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209
Office (941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

Formulario de Igualdad de Oportunidades de Empleo

Por favor complete esta Hoja de Datos EEO - 1 de Empleado Nuevo, que nos va a proveer información que necesitamos paralas obligaciones de reporte de información federal. Tenga en cuenta que esta información se mantendrá confidencial, en conformidad con las leyes de aplicación y reglamentos. Esta información no se utilizará como fundamento para cualquier decisión adversa de empleo .

Primer Nombre _____ Apellido _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección Postal _____ Número de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hogar _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Autoidentificación EEO-1

Estamos sujetos a ciertos requisitos de mantenimiento de registros del gobierno y de requisitos de reporte de información para la administración de las leyes de derechos civiles. Para cumplir con estas leyes, le pedimos que voluntariamente auto-identifique su raza ó su origen étnico. La presentación de esta información es voluntaria, y el rehusar proporcionarla no lo sometera a un tratamiento desfavorable. La información obtenida será mantenida confidencialmente y sólo puede ser utilizada de acuerdo con las disposiciones de la legislación aplicable, decretos y reglamentos, incluyendo aquellos que requieren la entrega y reporte de información al gobierno federal para hacer cumplir los derechos civiles. Cuando se reporte, los datos no identificarán a ningún individuo específicamente.

Por favor, marque el Grupo de Identificación de EEO que mejor le describe a usted:

- ☐ **Hispano o Latino**
- ☐ **Blanco**
- ☐ **Negro ó Africano-Americano**
- ☐ **Hawaianos Nativos ú Otros de Islas del Pacífico**
- ☐ **Asiáticos**
- ☐ **Indio-Americano ó Nativo de Alaska**
- ☐ **Dos ó Más Razas Nativas**

Firma Del Empleado _____ Fecha _____

Para ser completado por el empleador

De las categorías funcionales de EEO que se enumeran a continuación, cual describe mejor la posición del empleado :

- ☐ ***Ejecutivos/Oficiales de Alto Nivel y Gerentes***
- ☐ ***Oficiales de Primer y Medio Nivel y Gerentes***
- ☐ ***Profesionales***
- ☐ ***Técnicos***
- ☐ ***Empleados de Ventas***
- ☐ ***Trabajadores de Apoyo Administrativo***
- ☐ ***Artesanos o de Especialidad***
- ☐ ***Operativos***
- ☐ ***Trabajadores y Ayudantes***
- ☐ ***Trabajadores de Servicio***

Notas: _____

_____

Completado por: _____ Fecha: _____

DECLARACION DE HISTORIAL MEDICO PRE-EMPLEO

Nota para solicitantes: En conformidad con los norteamericanos con acto de incapacidades de 1990 usted ha recibido una oferta de empleo condicional con esta compañía. Las respuestas a este historial médico y de examinación medica se mantendrá confidencial en un archivo separado por este empleador. La oferta de trabajo que listed reciba de este empleador es ***"condicional"*** previo a los resultados de este historial médico y cualquier examinación médica.

Nota: Este formulario es para uso de compensación de trabajadores solamente

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

Direccion: _____ **Nombre del Cliente:** _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Marque con una "X" o chequee Yes or No for the following: (Please do not draw a line down the columns)

	Si	No		Si	No		Si	No
1. Alergias			20. Otras enfermeda(des) del corazón			31. A tenido cirugia de la espalda?		
2. Dolor en el tobillo o pie			21.Tromboflebitis			32. Alguna vez ha tenido problemas de la espalda o espasmos en la espalda?		
3. Asma			22. Ulceras			33. Alguna vez le han sugerido cirugía o ha tenido cirugía?		
4. Desmayos			23. Problemas de la mano o muñeca			34. Alguna vez a solicitado, recibido pensión o pago por lesión, enfermedad o discapacidad?		
5. Bronquitis			24. Artritis			35. Epilepsia, ataques, o convulsiones?		
6. Cáncer / tumor de cualquier tipo			25. Desorden de los músculos o huesos incluyendo espina dorsal o espalda			36. Tiene dolor de hombro o algún problema de hombro?		
7. Dolor de pecho			26. Usa espejuelos, lentes de contacto o audífono para oir?			37. Tiene dolor de cadera o algún problema de cadera?		
8. Ataques			27. Tiene problemas al estar parado o al caminar por largos periodos de tiempo?					
9. Diabetes			28. Alguna vez ha tenido problemas con su cuello?					
10. Desorden en los ojos u oidos			29. Alguna vez a usado una faja o soporte para la espalda?					
11. Enfisema			30. Tiene problemas con los pulmones o alguna anomalía al respirar					
12. Dolores de cabeza (migrañas)								
13. Ataques de calor								
14. Hernias o rupturas								
15. Dolor de rodillas								
16. Infección de huesos crónica								
17. Neumonia								
18. Alta presión de la sangre								
19. Reumatismo								

Explique con claridad toda respuesta que sea "SI", incluya diagnóstico, tratamientos, resultados, fechas, nombres y direcciones de todos los doctores y hospitales (INCLUYA HOJAS SEPARADAS SI ES NECESARIO).

Alguna vez se ha sometido a cirugía? Si ☐ No ☐ De fecha y nombre del doctor(res) _____

Alguna vez ha tenido alguna lesión por compensación laboral?* Si ☐ No ☐ De detalles _____

Alguna vez a recibido beneficios por compensación al trabajador debido a alguna lesión o enfermedad en el trabajo? Si ☐ No ☐

De Detalles _____

Alguna ha recibido un grado de incapacidad permanente debido a alguna lesión o enfermedad en el trabajo? Si ☐ No ☐

De Detalles _____

Si usted alguna vez a recibió una incapacidad permanente debido a alguna lesión en el trabajo o enfermedad cuáles son sus restricciones permanentes? _____

Además de lo anterior, alguna vez ha sido lesionado? Si ☐ No ☐ De Detalles _____

Esta usted limitado a alguna actividad laboral debido a alguna condición medica? Si ☐ No ☐ Si su respuesta es Si, explique y de detalles de cualquier acomodación requerida por su discapacidad. _____

CERTIFICACION

Yo certifico que toda la información en este formulario es cierta y correcta.

Yo autorizo una investigación sobre todos los asuntos contenidos en este cuestionario y por la presente le doy a Howard Leasing, Inc. permiso para contactar empleadores previos, doctores, proveedores médicos y toda otra referencia pertinente. Yo por la presente absuelvo a Howard Leasing, Inc. de toda obligación a consecuencia de tales contactos.

Concuerdo que, si por determinación de la compañía cualquier omisión o tergiversación han sido hechas por mí, cualquier oferta de empleo hecha por la compañía será anulada inmediatamente en cualquier momento sin notificación previa y sin ninguna obligación o responsabilidad hacia mí aparte del pago acordado por servicios que haya rendido si hubiese sido empleado.

Firma del Supervisor _____ Date: _____

Nombre del Aplicante (por favor letra de molde) _____

Firma del Aplicante _____ Date: _____ Title: _____

* La Ley de Florida prohíbe discriminación basada en un reclamo de compensación de trabajadores *

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209
Office (941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

ACUERDO DEL LUGAR DE TRABAJO, RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACION

Yo, el individuo abajo firmante, en consideración a mi colocación en una relación con una organización profesional de empleadores ("PEO") con la empresa correspondiente de Howard Leasing a la que he sido asignado como se muestra en el portal del web EZ en línea (en lo sucesivo, "Howard Leasing") reconozco y acepto lo siguiente:

(1) En todo momento durante mi relación con Howard Leasing, entiendo y estoy de acuerdo en que seguiré siendo un empleado de la empresa cliente para la cual estoy trabajando ("Cliente") que ha contratado a Howard Leasing con respecto a mis servicios en una relación PEO y, en la medida permitida por la ley, el Cliente continuará teniendo un control único y exclusivo sobre mis obligaciones laborales diarias y sobre los lugares de trabajo donde realizo los servicios. Además, en la medida permitida por la ley, el Cliente continuará proporcionando toda la supervisión en el sitio, incluida, entre otras, la determinación de mis asignaciones de trabajo y requisitos de capacitación y evaluación de mi desempeño. Además, en la medida permitida por la ley, el Cliente determinará mis deberes laborales, la tasa de pago, las horas trabajadas, las oportunidades contínas de empleo y otros términos y condiciones de mi empleo;

(2) Entiendo y estoy de acuerdo en que mi estado en Howard Leasing es a voluntad y que Howard Leasing o yo podemos terminar nuestra relación PEO en cualquier momento. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que no existe ningún contrato de empleo entre Howard Leasing y yo, y entiendo y estoy de acuerdo en que Howard Leasing no se convertirá en una parte de ningún contrato de trabajo y / o ningún pacto restrictivo / acuerdo de no competencia en que yo ya haya ingresado o que pueda ingresar en el futuro con el Cliente. Estoy de acuerdo en que cualquier acuerdo y contrato ejecutado entre el Cliente y yo permanecerá en plena vigencia y efecto y no se ven afectados por la relación de organización profesional de empleadores entre el Cliente y Howard Leasing. Además, yo Entiendo y estoy de acuerdo en que mi estado voluntario con Howard Leasing no cambia el estado de empleo que tenía con el Cliente antes de la existencia de la relación profesional de organización patronal entre Howard Leasing y el Cliente y que Howard Leasing no es responsable de ninguna obligación de contrato que puedan existir entre el Cliente y yo;

(3) Entiendo y estoy de acuerdo en que estoy prestando servicios dentro de una relación de organización profesional de empleadores donde los deberes y responsabilidades aplicables a mí se establecen en un acuerdo de servicio celebrado entre el Cliente y Howard Leasing;

(4) Entiendo y estoy de acuerdo en que Howard Leasing ha asumido la responsabilidad de pagarme los salarios como lo exige la ley aplicable. También entiendo y estoy de acuerdo en que, a menos que la ley exija lo contrario, Howard Leasing no recibe el pago del Cliente por los servicios que yo realice como individuo subcontratado, Howard Leasing puede, cuando lo permita la ley, pagarme el salario mínimo aplicable (o el salario mínimo legalmente requerido) por dicho periodo de pago, y estoy de acuerdo con este método de compensación. Además, entiendo y estoy de acuerdo en que el Cliente sigue siendo mi empleador durante mi relación PEO con Howard Leasing y el Cliente en todo momento, en última instancia, está obligado a pagar mi tarifa de pago regular por hora si soy una persona no exenta y pagarme mi salario completo si soy una persona exenta si el Cliente no paga por completo a Howard Leasing por los servicios que presto;

(5) También entiendo y estoy de acuerdo en que, a menos que la ley exija lo contrario, cuando Howard Leasing no haya recibido el pago del cliente por los siguientes artículos, Howard Leasing no asume la responsabilidad del pago de bonos, comisiones, indemnizaciones por despido, compensación diferida, participación en ganancias, vacaciones, enfermedad u otro pago de tiempo libre pagado, compensación, beneficio, o por cualquier otro pago, no requerido por la ley, en cualquier forma, o por cualquier otro tipo similar de pago (excepto lo dispuesto en el párrafo (4) anterior), a menos que Howard Leasing haya adoptado específicamente, en un acuerdo por escrito conmigo, la obligación del cliente de pagarme dicha compensación o beneficio (Howard Leasing sí asume esta responsabilidad cuando se haya recibido dicho pago del Cliente que abarque dichos artículos con respecto a mí);

(6) A menos que el Cliente y Howard Leasing acuerden lo contrario (Howard Leasing me informará si esto ocurre), Howard Leasing ha acordado mantener un seguro de compensación de trabajadores que cubra mi empleo. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir está cubierta por los estatutos estatales de compensación de trabajadores y para evitar la elusión de dichos estatutos estatales que pueden resultar de demandas contra el clientes o clientes de Howard Leasing o contra Howard Leasing en base a la misma lesión o lesiones, y en la medida permitida por la ley, por la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pueda tener para presentar reclamos o entablar una demanda contra cualquier cliente o clientes de Howard Leasing y / o contra Howard Leasing por daños y perjuicios basados en lesiones que están cubiertas bajo tales estatutos de compensación laboral. En el caso de una lesión relacionada con el trabajo, entiendo y acepto que, en la medida permitida por la ley, mi único remedio radica en la cobertura bajo la póliza de compensación de trabajadores de Howard Leasing o la póliza de compensación de trabajadores del Cliente si mantiene su propia póliza de compensación de trabajadores;

Yo, _____, entiendo que, si me lesiono en el trabajo, independientemente de cuán leve pueda parecer la lesión, yo (nombre del empleado) debo reportar esa lesión a mi supervisor y al Departamento de Administración de Riesgos de Howard Leasing el mismo día que ocurrió la lesión y que debo someterme a una prueba de drogas el mismo día. El rehusar someterme a una prueba de drogas o mi rehusar a autorizar la prueba al no firmar los formularios de consentimiento necesarios, tomar las pruebas especificadas o el fallar en producir una muestra, puede dar lugar a medidas disciplinarias que pueden incluir el despido y la negación de los beneficios de compensación de trabajadores. \

_____	_____	_____
Nombre en Imprenta	Firma	Fecha

Con mi firma a continuación, Yo, _____ doy mi consentimiento y autorizo a mi empleador y al laboratorio de pruebas designado por
Nombre del Empleado
mi empleador para realizar todas y cada una de las pruebas que se consideren necesarias para determinar la ausencia o presencia de alcohol y/o drogas en mi orina, y/o sangre, y/o aliento según lo especificado por los estatutos y reglamentos y si estoy incapacitado y no puedo dar mi consentimiento este se considerará mi consentimiento para obtener y extraer muestras de orina y/o sangre.

_____	_____	_____
Nombre en Imprenta	Firma	Fecha

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

6302 Manatee Avenue West, Suite K • Bradenton, Florida 34209 Office
(941) 761-7704 • Fax (941) 761-1312
Toll Free 866-761-2884

ACUERDO DEL LUGAR DE TRABAJO, RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACION (continuación)

ACUERDO DEL LUGAR DE TRABAJO, RECONOCIMIENTO Y NOTIFICACIO

(7) Entiendo y estoy de acuerdo en que, si me lesiono en el trabajo, incluso si la lesión es menor o incluso si no quiero tratamiento, aun así, debo reportarlo de inmediato a mi supervisor. También estoy de acuerdo en cumplir con cualquier política legal de pruebas de drogas que pueda ser adoptada, y estoy de acuerdo específicamente con las pruebas de drogas posteriores a un accidente en cualquier situación donde la ley lo permita;

(8) Además, también estoy de acuerdo en que si en cualquier momento durante mi empleo en el Cliente estoy sujeto a cualquier tipo de discriminación, incluida la discriminación por raza, sexo, orientación sexual, acoso de cualquier tipo, discapacidad, color, edad, información genética, origen nacional, estado de ciudadanía, religión, represalia, estado de veterano, estado militar o estado sindical, o si estoy sujeto a cualquier tipo de represalia o acoso, incluido el acoso sexual, me comunicaré de inmediato con una persona apropiada del Cliente. En la mayoría de los casos, esta persona apropiada será el presidente del Cliente. Si elijo no contactar al Cliente por cualquier motivo, puedo comunicarme con el Director de Recursos Humanos de Howard Leasing al 1-866-761-2884 con el propósito limitado de tener a Howard Leasing, a su elección, y no como empleador, sino como posible facilitador, intente a su exclusivo criterio, facilitar una resolución si todas las partes lo solicitan y aceptan;

(9) Entiendo y estoy de acuerdo en que el Cliente tiene el control único y exclusivo sobre mis obligaciones laborales diarias y que el Cliente tiene el control único y exclusivo sobre el lugar de trabajo cual, o desde el cual, realizo mis servicios y que Howard Leasing solo se reserva y retiene tales derechos y la autoridad que exigen ley. Estoy de acuerdo en que Howard Leasing no tiene control real sobre mi lugar de trabajo y, como tal, no está en condiciones de finalizar o remediar discriminación, acoso, condiciones de trabajo inseguras, represalias o irregularidades que pueden estar ocurriendo. La responsabilidad de resolver y/o finalizar dicha conducta inapropiada o condiciones de trabajo inseguras recae en el Cliente, sin embargo, Howard Leasing puede intentar facilitar una resolución;

(10) Entiendo y estoy de acuerdo en que debido a las restricciones de licencia y compensación de trabajadores aplicables a las organizaciones profesionales de empleadores, si se me acepta como individuo subcontratado por Howard Leasing, se me prohíbe expresamente realizar cualquier trabajo fuera del estado en el que estoy actualmente realizando servicios para el Cliente ("Estado de origen") durante mi estado como individuo subcontratado, excepto según lo permitido por la póliza de compensación para trabajadores que Howard Leasing me proporcionó o excepto según lo permitido por escrito por Howard Leasing y los seguros de compensación de trabajadores correspondientes;

(11) Si trabajo fuera del estado de origen para el Cliente o para cualquier otra persona sin obtener primero esta aprobación como se establece en el numeral (10), entiendo y estoy de acuerdo en que ya no tendré una relación profesional de organización de empleadores con Howard Leasing y puede que no se me proporcione beneficios de compensación de trabajadores a través de Howard Leasing o el seguro de compensación de trabajadores correspondiente y mi relación profesional de organización de empleadores con Howard Leasing se considerará rescindida inmediatamente al comienzo de mi viaje fuera del estado de origen para realizar trabajo donde no se haya recibido la aprobación previa como se establece en este documento;

(12) Entiendo y estoy de acuerdo en que, en la medida permitida por la ley, cualquier obligación de Howard Leasing cesa cuando finaliza el acuerdo de organización profesional de empleadores de Howard Leasing con el Cliente;

(13) Entiendo y estoy de acuerdo en que, si soy elegible para algún beneficio, es mi responsabilidad (y la responsabilidad de cualquier familiar/dependiente que desea participar) el enviar oportunamente todos los formularios requeridos e información;

(14) En la medida en que lo permita la ley, al firmar este Acuerdo, le asigno a Howard Leasing mi derecho a hacer valer un reclamo de salario prioritario contra el Cliente bajo 11 U.S.C. § 507 (a)(3) en el caso de que se presente una Petición de Quiebra bajo el Título 7 y/o el Título 11 del Código de los Estados Unidos por o en nombre del Cliente;

(15) He sido informado y acepto que si mi trabajo en el cliente finaliza por cualquier motivo, debo informar a Howard Leasing dentro de las setenta y dos (72) horas para una posible reasignacion y que los beneficios de desempleo me pueden ser denegados si fallo en hacerlo; y

(16) Si firmo este formulario y/o completo la documentación de subcontratista de Howard Leasing y nunca soy aceptado como subcontratista de Howard Leasing, este formulario será nulo y sin efecto.

_____
FECHA

_____
FIRMA DEL INDIVIDUO SUBCONTRATISTA

XXX-XX- _____
Los últimos 4 del Numero de Seguro Social

_____
NOMBRE EN IMPRENTA

HOWARD LEASING
Professional Employee Services

TARJETA VISA / DEBITO PARA AUTORIZACION DE DEPOSITO DIRECTO

(Si es ofrecida por el empleador en la obra)

Información de la Cuenta de Cheques o Ahorros

Yo, _____, autorizo a Howard Leasing a depositar electronicamente en las siguientes cuenta bancarias:

Nombre del Banco _____

☐ Añada ☐ Cambie ☐ Elimine Cuenta

No. Cuenta Bancaria ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de Ruta ACH ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cantidad A Depostar _____ o _____% Tipo de Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorro

Nombre del Banco _____

☐ Añada ☐ Cambie ☐ Elimine Cuenta

No. Cuenta Bancaria ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de Ruta ACH ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cantidad A Depostar _____ o _____% Tipo de Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorro

Tarjeta Visa / Debito Para Pago En Efectivo

La tarjeta Visa / Débito es para pagos en efectivo. Si usted escoge esta opción, usted tendrá una tarjeta Visa / Débito para pagos en efectivo que recibirá en unos 10 días hábiles. También recibirá instrucciones para activar la tarjeta. Tan pronto como sea activada su cheque de pago será depositado en esta tarjeta en las cantidades que usted escoja abajo.

☐ **Inscribame para una tarjeta Visa / Débito para Pagos en Efectivo**

Cantidad ó porciento del pago para ser depositado en la tarjeta Visa pago en efectivo $_____ o _____%

Para **Depósito Directo**, favor de adjuntar un cheque cancelado o una carta de su Institución Bancaria que incluya el número de ruta ACH y su número de todas las cuentas que van a abrirse. **Favor de esperar 10 días hábiles para el procesamiento.**

Nota: Al firmar este formulario estoy de acuerdo con todas las condiciones y cargos que el banco imponga por toda las acciones arriba señaladas.

- Los depósitos solo pueden hacerse en cuentas de cheques o ahorros.
- Si cambio de banco o cuenta bancaria, soy totalmente responsable en notificar inmediatamente al departmento de nómina acerca del cambio Autorizo y acuerdo que en caso de que Howard Leasing deposite erróneamente fondos en mi cuenta, autorizo a Howard Leasing a que debite mi cuenta por una cantidad que no exceda la cantidad original acreditada erróneamente. Si los fondos no están disponibles y no eran míos propiamente, estoy de acuerdo en dovolver la cantidad erróneamente depositada, en su totalidad tan pronto sea reclamada.
- Entiendo que cualquier cambio, incluyendo el paro de mi depósito directo, debe presentarse por mi parte, por escrito, con anticipación de no menos de 72 horas antes del próximo cheque. Los cambios pueden requerir un cheque activo por 2 periodos de pago.

_____
Firma del Empleado

_____
Fecha

_____
Número del Seguro Social

Formulario **W-4(SP)**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Certificado de Retenciones del Empleado

▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**

▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**

▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el *IRS*.**

OMB No. 1545-0074

2022

Paso 1: Anote su información personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		▶ **¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta?** De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (*SSA*, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a *www.ssa.gov/espanol*.
Ciudad o pueblo, estado y código postal (*ZIP*)		

(c) ☐ **Soltero o Casado que presenta una declaración por separado**

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

☐ **Cabeza de familia** (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página **2** para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en *www.irs.gov/W4AppSP* y conocer acerca de su privacidad.

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

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

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en *www.irs.gov/W4AppSP* para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en 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 2022 en todos los otros empleos. Si usted (o su cónyuge) tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador.

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

Paso 3: Reclamación de dependientes

Si su ingreso total va a ser $200,000 o menos ($400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):

Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por $2,000 . . . . . ▶ $

Multiplique el número de otros dependientes por $500 . . ▶ $

Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . . **3** $

Paso 4 (opcional): Otros ajustes

(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . . **4(a)** $

(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página **3** y anote el resultado aquí . . . . . **4(b)** $

(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en **cada período de pago** . . . . . **4(c)** $

Paso 5: Firme aquí

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

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

Para uso exclusivo del empleador

Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (*EIN*)

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

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código Federal de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados al 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 2022 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2021, usted **no** tenía obligación tributaria federal **y** para 2022, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2021 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2021 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27a**, **28**, **29** y **30**) 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 correcto. 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 2022. 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 1(a), 1(b) 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 15 de febrero de 2023.

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). 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; o

4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

Ingresos del 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 que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar estos impuestos por medio de la retención de sus salarios, use el estimador de retención de impuestos en *www.irs.gov/W4AppSP* para calcular la cantidad que se tiene que 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.

PRECAUCIÓN ***Múltiples empleos.*** *Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un 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. Este paso 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 para el 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 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada 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 2022 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, etcétera . . . . . **3** _____

4 **Divida** la cantidad anual en la línea **1** o la línea **2c** por el número de períodos de pago en la línea **3**. Anote esta cantidad aquí y en el **Paso 4(c)** del Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** (junto con cualquier otra retención adicional que desee) . . . . . **4** $ _____

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

1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2022 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta $10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos **1** $ _____

2 Anote:
- $25,900 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos
- $19,400 si es cabeza de familia
- $12,950 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado

. . . **2** $ _____

3 Si la línea **1** es mayor que la línea **2**, reste la línea **2** de la línea **1** y anote el resultado aquí. Si la línea **2** es mayor que la línea **1**, anote "-0-" . . . . . **3** $ _____

4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos *IRA* deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040(SP))). Vea la Publicación 505 para más información . . . . . **4** $ _____

5 **Sume** las líneas **3** y **4**. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) . . . . . **5** $ _____

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

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

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

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

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	$110	$850	$860	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,020	$1,770	$1,870
$10,000 - 19,999	110	1,110	1,860	2,060	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,970	3,970	4,070
$20,000 - 29,999	850	1,860	2,800	3,000	3,160	3,160	3,160	3,160	3,910	4,910	5,910	6,010
$30,000 - 39,999	860	2,060	3,000	3,200	3,360	3,360	3,360	4,110	5,110	6,110	7,110	7,210
$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,160	3,360	3,520	3,520	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	8,370
$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,160	3,360	3,520	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	9,370
$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,160	3,360	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	10,270	10,370
$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,110	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	10,270	11,270	11,370
$80,000 - 99,999	1,020	2,820	4,760	5,960	7,120	8,120	9,120	10,120	11,120	12,120	13,150	13,450
$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,010	7,210	8,370	9,370	10,510	11,710	12,910	14,110	15,310	15,600
$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	15,340	16,540	16,830
$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	15,340	16,540	17,590
$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	16,100	18,100	19,190
$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	13,700	15,700	17,700	19,700	20,790
$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	11,300	13,300	15,300	17,300	19,300	21,300	22,390
$320,000 - 364,999	2,100	5,300	8,240	10,440	12,600	14,600	16,600	18,600	20,600	22,600	24,870	26,260
$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,710	12,210	14,670	16,970	19,270	21,570	23,870	26,170	28,470	29,870
$525,000 y más	3,140	6,840	10,280	12,980	15,640	18,140	20,640	23,140	25,640	28,140	30,640	32,240

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	$400	$930	$1,020	$1,020	$1,250	$1,870	$1,870	$1,870	$1,870	$1,970	$2,040	$2,040
$10,000 - 19,999	930	1,570	1,660	1,890	2,890	3,510	3,510	3,510	3,610	3,810	3,880	3,880
$20,000 - 29,999	1,020	1,660	1,990	2,990	3,990	4,610	4,610	4,710	4,910	5,110	5,180	5,180
$30,000 - 39,999	1,020	1,890	2,990	3,990	4,990	5,610	5,710	5,910	6,110	6,310	6,380	6,380
$40,000 - 59,999	1,870	3,510	4,610	5,610	6,680	7,500	7,700	7,900	8,100	8,300	8,370	8,370
$60,000 - 79,999	1,870	3,510	4,680	5,880	7,080	7,900	8,100	8,300	8,500	8,700	8,970	9,770
$80,000 - 99,999	1,940	3,780	5,080	6,280	7,480	8,300	8,500	8,700	9,100	10,100	10,970	11,770
$100,000 - 124,999	2,040	3,880	5,180	6,380	7,580	8,400	9,140	10,140	11,140	12,140	13,040	14,140
$125,000 - 149,999	2,040	3,880	5,180	6,520	8,520	10,140	11,140	12,140	13,320	14,620	15,790	16,890
$150,000 - 174,999	2,040	4,420	6,520	8,520	10,520	12,170	13,470	14,770	16,070	17,370	18,540	19,640
$175,000 - 199,999	2,720	5,360	7,460	9,630	11,930	13,860	15,160	16,460	17,760	19,060	20,230	21,330
$200,000 - 249,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,310
$250,000 - 399,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,310
$400,000 - 449,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,470
$450,000 y más	3,140	6,290	8,880	11,380	13,880	16,010	17,510	19,010	20,510	22,010	23,380	24,680

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	$760	$910	$1,020	$1,020	$1,020	$1,190	$1,870	$1,870	$1,870	$2,040	$2,040
$10,000 - 19,999	760	1,820	2,110	2,220	2,220	2,390	3,390	4,070	4,070	4,240	4,440	4,440
$20,000 - 29,999	910	2,110	2,400	2,510	2,680	3,680	4,680	5,360	5,530	5,730	5,930	5,930
$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,510	2,790	3,790	4,790	5,790	6,640	6,840	7,040	7,240	7,240
$40,000 - 59,999	1,020	2,240	3,530	4,640	5,640	6,780	7,980	8,860	9,060	9,260	9,460	9,460
$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,360	6,610	7,810	9,010	10,210	11,090	11,290	11,490	11,690	12,170
$80,000 - 99,999	1,870	4,210	5,700	7,010	8,210	9,410	10,610	11,490	11,690	12,380	13,370	14,170
$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,930	7,240	8,440	9,640	10,860	12,540	13,540	14,540	15,540	16,480
$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,930	7,240	8,860	10,860	12,860	14,540	15,540	16,830	18,130	19,230
$150,000 - 174,999	2,040	4,460	6,750	8,860	10,860	12,860	15,000	16,980	18,280	19,580	20,880	21,980
$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,210	10,320	12,600	14,900	17,200	19,180	20,480	21,780	23,080	24,180
$200,000 - 449,999	2,970	6,470	9,060	11,480	13,780	16,080	18,380	20,360	21,660	22,960	24,250	25,360
$450,000 y más	3,140	6,840	9,630	12,250	14,750	17,250	19,750	21,930	23,430	24,930	26,420	27,730

Verificación de Elegibilidad de Empleo

Departamento de Seguridad Nacional

Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

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

► **EMPIECE AQUI: Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.**

AVISO CONTRA LA DESCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración *(Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)*

Apellido *(Nombre Familiar)*	Primer Nombre *(Nombre de Pila)*	I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)

Dirección (Número y Nombre de la Calle)	Número de Apt.	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Fecha de Nacimiento *(mm/dd/aaaa)*	Número de Seguro Social de EE.UU	Dirección de correo electrónico del empleado	Número de Teléfono del Empleado

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

☐ 1. Un ciudadano de los Estado Unidos

☐ 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos *(Vea las instrucciones)*

☐ 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____

☐ 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): _____

Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. *(Vea las instrucciones)*

Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9:Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero

1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____

O

2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____

O

3. *Número de Pasaporte Extranjero:* _____

País de Emisión: _____

Código QR - Sección 1
No escriba en este espacio

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

☐ No utilicé un preparador o traductor. ☐ Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1.

(Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he asistido en completar la Sección 1 de este formulario, y que a mi mejor entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor	Fecha de Hoy *(mm/dd/aaaa)*

Apellido *(Nombre Familiar)*	Primer Nombre *(Nombre de pila)*

Dirección (Número de Calle y Nombre)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

STOP *El Empleador Completa la Siguiente Página* STOP

Verificación de Elegibilidad de Empleo

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

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

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

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

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

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

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

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

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy *(mm/dd/aaaa)*	Título del Empleador o Representante Autorizado	
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

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

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

Título del Documento	Número de Documento	Fecha de Expiración *(si alguna) (mm/dd/aaaa)*

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

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

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
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card		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		1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		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		2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		3. School ID card with a photograph		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. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		4. Voter's registration card		4. Native American tribal document
5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (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.		5. U.S. Military card or draft record		5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		6. Military dependent's ID card		6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card		7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security
		8. Native American tribal document		
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority		
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		**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		

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

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.