



**Servicios de Intermediario Fiscal del Programa de Asistencia Personal Dirigida por El Consumidor Lista de Revision**  
(ver. 1.0)

<b>Nombre:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Nombres de consumidores:</b>	
<b>Fecha:</b>	

**Paso 1: Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y leído la Guía del asistente personal dirigido al consumidor.**

Firma: \_\_\_\_\_ Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Paso 2: complete y envíe los siguientes documentos a una de nuestras oficinas convenientemente ubicadas.**

Document	Completed	Internal Use Only	
		Reviewed	Initial
<i>Formulario de acuse de recibo firmado</i>	Y / N	Y / N	
<i>Solicitud</i>	Y / N	Y / N	
<i>Estado de vacunación contra la hepatitis B (solo marque 1 casilla para Vacunación) Estado, formulario firmado y fechado)</i>	Y / N	Y / N	
<i>Estado de vacunación contra la hepatitis B (solo 1 casilla de verificación para el estado de vacunación, formulario firmado y fechado)</i>	Y / N	Y / N	
<i>Si corresponde, Físico con MD Stamp (si estuvo dentro del año anterior)</i>	Y / N	Y / N	
<i>Formulario W-4 (líneas 3 y 5 deben completarse; formulario firmado y fechado)</i>	Y / N	Y / N	
<i>Formulario I-9 con identificaciones apropiadas</i>	Para completar en la oficina de Elara Caring	1) SIGN BUT DO NOT DATE FORM. 2) INCLUDE COPIES OF VALID, NON-EXPIRED ID.	
		Scheduled Mobile Health (including Drug Test)	Pre-Employment Drug Screen Add-on

**Brooklyn**  
145 East 98<sup>th</sup> Street  
Brooklyn, NY 11212

**Bronx**  
2770 Third Avenue  
Bronx, NY 10455

**Queens**  
70-00 Austin Street  
Forest Hills, NY 11375

**Staten Island**  
120 Stuyvesant Place  
Staten Island, NY 10301

**Long Island**  
175 Fulton Avenue  
Hempstead, NY 11550



## **GUIA DEL ASISTENTE PERSONAL PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PERSONAL PARA EL CONSUMIDOR**

El Programa de Asistencia Personal Para el Consumidor (CDPAP) es un programa a nivel estatal de Medicaid que proporciona una forma alternativa de recibir servicios de cuidados en el hogar. El programa permite que las personas que son elegibles para Medicaid tengan control sobre quien proporciona sus cuidados en el hogar y como se brinda dicho servicio. A los consumidores registrados en el programa CDPAP se les permite administrar su propio cuidado al reclutar, capacitar, supervisar, programar las horas y despedir a sus propios asistentes personales. En lugar de que una agencia de cuidados en el hogar controle a los asistentes personales, el Consumidor toma el rol de patron para los asistentes personales.

Al aceptar este puesto, usted esta aceptar la capacitacion y supervision bajo la direccion del Consumidor o de su representante designado. Esta guia le ayudara a facilitarle su participacion en el programa CDPAP.

### **QUIEN ES MI PATRON?**

El Consumidor es su patron y es responsable de contratarle, capacitarle, supervisarle, programar sus horas y despedirle.

### **CUALES SON MIS RESPONSABILIDADES?**

Como asistente personal, usted es responsable de:

1. Reconocer la autoridad del Consumidor como su patron y supervisor;
2. Completar todas las tareas especificadas en el plan de cuidado del Consumidor de forma que mejoren la capacidad del Consumidor de vivir de fonna independiente;
3. Respetar la persona, privacidad y propiedad del Consumidor;
4. Autorizar que Elara Caring recolecte y distribuya informacion relacionada con el empleo;
5. Cumplir con las politicas y practicas aplicables de Elara Caring.

Usted puede llevar a cabo cualquier tarea mencionada en el plan de cuidado del Consumidor. Estos servicios pueden incluir ayudar al Consumidor a banarse, vestirse, ir al bano, acicalarse, limpiar la casa, cocinar, lavar y realizar otras funciones personales relacionadas, asi como otras actividades tales como enfermeria, transporte, transferencia, ayuda en comunicacion, administracion de medicamentos y servicios recreativos que ayuden al Consumidor a ser funcional. Sin embargo, usted esta limitado a llevar a cabo solamente las tareas mencionadas en el plan de cuidados del Consumidor. Usted no puede llevar a cabo otras tareas y recibir un pago bajo el programa CDPAP. Ademias, usted no puede realizar tareas para otros miembros del hogar. Esta bien si usted realiza tareas que beneficien a otros miembros del hogar, siempre y cuando el beneficio sea incidental.

### **CUALES SON LAS RESPONSABILIDADES DE ELARA CARING?**

Como Intermediario Fiscal, las responsabilidades de Elara Caring son:

1. Procesar el pago del salario, incluyendo procesar el impuesto por ingresos y otras retenciones sobre salario asi requeridas y cumplir con la compensacion a trabajadores y requisitos de seguro por discapacidad y desempleo.
2. Pagar su salario establecido en base al numero de horas trabajadas para el Consumidor, segun se indiquen en sus hojas de control de horario.
2. Revisar las hojas de control de horario y preparar y entregar los reclamos a Medicaid por el pago.
3. Asegurarse de que su estado de salud sea valorado antes de comenzar a trabajar para el
4. Consumidor y hacerlo de forma anual despues de ello.
5. Mantener sus registros personales.
6. Mantener registros relacionados al consumidor.



7. Monitorear la habilidad del consumidor, o la habilidad del representante designado del consumidor, de ser aplicable, para cumplir con las responsabilidades del Consumidor bajo el programa CDPAP.

### **CUALES SON MIS REQUISITOS PERSONALES?**

Usted debe completar y entregar lo siguiente a Elara Caring antes de comenzar a trabajar para el Consumidor:

1. Formato I-9;
2. Formato W4 incluyendo Notificación y Reconocimiento de Salarios y Día de Paga;
3. Examen físico previo al empleo (y una valoración anual de salud según sea requerido por las normas del Departamento de Salud);
4. Prueba de vacunas según sea requerido por las normas del Departamento de Salud.
5. Formato sobre Hepatitis B. El Consumidor revisará con usted su información sobre la vacunación para Hepatitis B o si usted rechazó la vacuna.

Elara Caring realizará una revisión sobre cualquier exclusión para brindar los servicios bajo el programa de Medicaid y el resultado será archivado en su expediente personal.

### **QUE SON LAS HOJAS DE CONTROL DE HORARIO?**

Una hoja de control de horario es un registro semanal oficial de las horas que usted ha trabajado. Usted debe llenar las hojas de control de horario con la hora a la que comenzó a trabajar para el Consumidor y la hora a la que terminó de trabajar. Tanto usted como el Consumidor deben firmar y fechar el formato y atestiguar que las hojas de control de horario son correctas. Atestiguar significa que usted y el Consumidor certifican que las hojas de control de horario son correctas. El Consumidor entregará cada semana las hojas de control de horario a Elara Caring para que le pueda ser pagado.

Si Elara Caring encuentra que las hojas de control de horario entregadas no son precisas, podría informar al Consumidor que ya no brindará servicios como intermediario fiscal al Consumidor y también podría reportar dichas imprecisiones al Departamento de Servicios Sociales (DSS), a la Organización de Cuidado Administrado (MCO) y/o a las autoridades gubernamentales pertinentes. Completar de forma deliberada hojas de control de horario que no son precisas es considerado como fraude.

### **CUANDO Y COMO SE ME PAGA?**

A usted se le pagará cada dos semanas. Se le pagará por las horas que si trabajó y por las tareas autorizadas por el DSS o MCO. Si las horas que usted trabajó exceden las horas autorizadas por semana o si realiza algún trabajo que no es cubierto por el plan de cuidado, esas horas no son horas de servicio CDPAP y no serán pagadas por el programa CDPAP.

Si usted se registra en el programa de Depósito Directo de Elara Caring, los cheques por el pago de su salario serán depositados directamente en su cuenta de banco cada dos semanas. Si usted no está registrado en nuestro programa de Depósito Directo, usted recibirá cada dos semanas un cheque por su salario. Los cheques por su salario serán pagaderos a usted y le serán enviados por correo al hogar del Consumidor. El Consumidor le entregará a usted el cheque por su salario.

### **SE ME PAGARA. SI EL CONSUMIDOR ESTA HOSPITALIZADO O SI NO SE ENCUENTRA EN SU HOGAR?**

No. Usted no puede realizar ningún servicio CDPAP si el Consumidor está hospitalizado o admitido a un nivel superior de cuidado o si no se encuentra en su hogar. A usted solamente se le pagará por las horas de servicio proporcionadas al Consumidor en el día de su admisión y en el día de su alta, si la autorización



todavía esta vigente. Si usted lleva a cabo servicios CDPAP mientras el consumidor no se encuentra en su hogar, entonces esas horas son responsabilidad del Consumidor.

### **¿CUANDO SOY ELEGIBLE PARA COMPENSACION PARA EL TRABAJADOR?**

Si usted sufre una lesión durante su trabajo, usted puede ser elegible para beneficios de compensación para el trabajador. Usted debe notificar de inmediato a Elara Caring cuando ocurra una lesión en el trabajo. Nosotros le ayudaremos a completar los formatos de reporte necesarios para notificar al proveedor de la cobertura por compensación al trabajador.

### **¿CUANDO SOY ELEGIBLE PARA SEGURO POR DISCAPACIDAD?**

Si usted no puede trabajar durante un periodo continuo de tiempo, usted podría ser elegible para beneficios por discapacidad legal. Usted debe notificar al Consumidor y a Elara Caring. Nosotros le ayudaremos a completar los formatos de reporte necesarios para notificar al proveedor de la cobertura por discapacidad.

### **¿CUANDO SOY ELEGIBLE PARA COBERTURA POR DESEMPLEO?**

El Consumidor debe notificar a Elara Caring si usted deja de trabajar para el Consumidor, sin importar si usted renuncia o si es despedido. Nosotros revisaremos con el Consumidor las circunstancias y determinaremos si usted es elegible para cobertura por desempleo.

### **¿QUE DEBO HACER SI SOSPECHO HAY UN FRAUDE?**

Si usted sospecha que hay un fraude por parte del Consumidor y/o por su representante designado o si conoce de alguna violación a las reglas del programa de Medicaid, usted debe llamar de inmediato a Elara Caring al teléfono 718.689.1253.



## PROGRAMA DE ASISTENCIA PERSONAL PARA EL CONSUMIDOR

### FORMATO DE RECONOCIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENTE PERSONAL PARA EL CONSUMIDOR

Esto es para reconocer que yo, \_\_\_\_\_, voy a trabajar como  
(Nombre del Asistente Personal)

un asistente personal para el consumidor \_\_\_\_\_ (el "Consumidor") en el  
(Nombre del consumidor)

Programa de Asistencia Personal Para el Consumidor ("CDPAP"). Yo entiendo y acepto lo siguiente:

1. El Consumidor es mi patron y es responsable de contratarme, capacitarme, supervisarme, programar mi trabajo y de despedirme.
2. El alcance de mis obligaciones laborales seran determinadas por el Consumidor de conformidad con el plan de cuidado del Consumidor.
3. La cantidad de horas autorizadas que puedo trabajar para el Consumidor en el programa CDPAP es determinada por la Organizacion de Cuidado Administrado o por el Departamento de Servicios Sociales y esta en el plan de cuidado del Consumidor. Si yo trabajo mas horas de las autorizadas, el pago por estas horas sera la responsabilidad exclusiva del Consumidor y no se me pagara por parte de Medicaid o por el Intermediario Fiscal.
4. Si el consumidor esta hospitalizado, yo no estoy autorizado a trabajar para el Consumidor bajo el programa CDPAP. Si yo trabajo para el Consumidor cuando el/ella esta hospitalizado(a), el pago por estas horas sera la responsabilidad exclusiva del Consumidor y no se me pagan por parte de Medicaid o por el Intermediario Fiscal.
5. Yo trabajo para el Consumidor y no para ningun otro miembro del hogar. Cualquiera de los beneficios recibidos por los demas miembros del hogar deberan ser incidentales al trabajo que yo realizo para el Consumidor.
6. El Consumidor y el Intermediario Fiscal han acordado cumplir con ciertas responsabilidades segun es requerido para participar en el programa CDPAP. Yo acepto completar ciertos formatos y proporcionar cierta informacion al Intermediario Fiscal para que el Intermediario Fiscal pueda cumplir con sus obligaciones con el Consumidor.
7. El Intermediario Fiscal actua a nombre del Consumidor solamente para la administracion del pago de nomina y de los beneficios.
8. Yo soy responsable de entregar al Intermediario Fiscal hojas de control de horario precisas y firmadas que contabilicen mis horas trabajadas. Yo entiendo que puedo registrar solamente las horas que si haya trabajado.
9. Yo debo cumplir con los requisitos para empleados establecidos por el Intermediario Fiscal antes de poder comenzar a trabajar para el Consumidor, los cuales incluyen:
  - a. Formato I-9;
  - b. Formato W4 incluyendo Reconocimiento de Salarios;
  - c. Examen fisico previo al empleo (y una valoracion anual de salud segun sea requerido por las normas del Departamento de Salud);
  - d. Prueba de vacunas segun sea requerido por las normas del Departamento de Salud.
10. El Intermediario Fiscal llevara a cabo una revision de cualquier exclusion del programa de Medicaid y el resultado sera archivado en mi expediente de empleo. Si soy excluido de participar en cualquier programa federal de cuidados a la salud, incluyendo Medicaid y Medicare, no se me permitira trabajar o que se me pague por trabajar. Adicionalmente, debo hacer saber a Elara Caring si estoy excluido del programa de Medicaid.
11. Si yo llego a saber de alguna violacion a las reglas y normas del programa CDPAP debo entonces reportarla de inmediato al Intermediario Fiscal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asistente Personal del Consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**SOLICITUD DE ASISTENTE PERSONAL PARA EL CONSUMIDOR**

Nombre del Asistente Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Det.#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Numero de Segura Social: \_\_\_\_\_

**EDUCACION**

Nombre de la Preparatoria: \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_

Nombre Universidad: \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_

**CAPACITACION PROFESIONAL**

Nombre de la Escuela	Ciudad/Pueblo	Fecha de Inicio	Fecha de Graduacion	Certificacion/Grado

**LISTA DE HABILIDADES (favor de marcar todas las que apliquen)**

Cuidado en el Hogar		Dietas Esneciales	
Cocina Kosher		Mantenimiento	
Lavada de Ropa		Hagar	
Cuidado de Dentaduras		Cama/Baifo	
Tecnicas de Transferencia		Rango de Movilidad	
Elevador de Vestibulo		Elevador Hoyer	
Vendaje no esterilizado		Cuidado de ostomia	
Prueba de Orina		Signos Vitales	
Cuidado de Ninos		Geriatría	
Diabetes		Ortopedia	
Otra:			

Otorga su permiso para que el consumidor lleve a cabo una revision de antecedentes penales?  Yes  No

Ha sido excluido de participar en o ha despedido de cualquier programa federal de cuidados a la salud o de Medicaid Nueva York?  
 Yes  No

Otorga su permiso para que el consumidor verifique cualquier parte de la informacion que usted ha proporcionado en esta solicitud?  
 Yes  No

Yo por la presente declaro que toda la informacion que yo he presentado en esta solicitud es una verdadera y completa declaracion de los hechos. Cualquier informacion falsa contenida en esta solicitud es causa de despido inmediato.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**CONSUMER DIRECTED PERSONAL ASSISTANT**

**FORMATO DE SOLICITUD DE RECHAZO DE VACUNACION**

**ESTADO DE VACUNACION PARA HEPATITIS B**

Yo estoy consiente de los riesgos de que no se me de una vacuna para hepatitis B, pero escojo no sea en este momento. Yo estoy consiente de que puedo solicitar que se me vacune en una fecha posterior.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo ya he recibido una serie de vacunas para hepatitis B.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo estoy solicitando recibir la vacuna para hepatitis B (completar consentimiento abajo).

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B**

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido informacion sobre la vacuna para hepatitis B y he sido evaluado por un profesional de cuidados a la salud.

Yo he tenido la oportunidad de realizar preguntas sa bre los beneficios y riesgos de la vacuna para hepatitis B.

Yo tambien entiendo que no hay una garantfa de que me volvere inmune y que existe una posibilidad de que yo experimentare un-efecto secundario adverse por la vacuna.

Yo NO soy alergico a la levadura o 11 los productos con levadura.

Yo actualmente' NO tengo inmunosupresion, ya sea por una enfermedad o par un medicamento.

**Para las mujeres:** Se me ha aconsejado que no se han llevado a cabo estudios para determinar los efectos de la vacuna sobre un feto en desarrollo. Por lo tanto, actualmente se desconoce la seguridad de la vacuna para hepatitis B en relacion a un feto en desarrollo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **HOJA DE INFORMACION SOBRE LAVACUNA PARA HEPATITIS B**

### **LA VACUNA:**

La Energix-B (vacuna para Hepatitis B) es una vacuna no infecciosa de ADN recombinante para la hepatitis B. A través de varios estudios, por lo menos un 90% de las personas inmunizadas han estado sobreprotegidas contra HBV. La protección por parte de la vacuna no ha sido definida en su totalidad y todavía está siendo estudiada! Sin embargo, en un estudio, el 70% de las personas inmunizadas tuvieron títulos de anticuerpos suficientemente altos como para ser considerados como inmunes durante 15 años después de la vacunación.

Las personas con problemas de deficiencia inmune deben obtener una carta de liberación por parte de su médico antes de recibir la vacuna. Las personas con alergias conocidas a la levadura o algún otro de los componentes de la vacuna deben contar con una valoración de riesgo/beneficio por parte de su médico para determinar si debe aplicarse la vacuna.

### **BENEFICIOS A QUIEN LA RECIBE:**

La vacuna para hepatitis B brinda protección contra adquirir el virus de la hepatitis B, Es especialmente encontrado en personas que tienen exposición ocupacional con la sangre u otros materiales potencialmente infecciosos. Aunque la mayoría de las personas que sufren de Hepatitis B se recuperan por completo, alrededor de un 10% se convierten en portadores crónicos de la enfermedad y entre un 1 a 2% mueren por hepatitis fulminante. También se ha asociado el virus de la hepatitis B con el desarrollo de cáncer de hígado y/o cirrosis. La enfermedad y entre un 1 a 2% mueren por hepatitis fulminante. También se ha asociado el virus de la hepatitis B con el desarrollo del cáncer de hígado: y/o la cirrosis del hígado.

### **POSIBLES REACCIONES ADVERSAS:**

En general la Energix-B es bien tolerada. Ninguna sustancia de origen bovino es usada en su fabricación. Las reacciones adversas a la vacuna, si las hay, generalmente son leves, poco frecuentes y transitorias. Sin embargo, como pasa con cualquier otra vacuna, es posible que el uso comercial expandido de la vacuna pueda revelar reacciones adversas nuevas no observadas durante los estudios clínicos.

Las reacciones adversas frecuentes reportadas incluyen: dolor en el área de la inyección, fatiga, debilidad, endurecimiento, hematoma, inflamación, fiebre, dolor de cabeza y mareos. Han sido reportadas reacciones adversas de naturaleza más severa. Pero con uso frecuente del menos 1% del 1% de la población inmunizada. Las reacciones adversas reportadas con una incidencia de menos del 1% en estudios clínicos son: equimosis en el área de la inyección, sudoración, malestar, debilidad, sofocamiento, hormigueo, hipertensión, síntomas similares a la influenza, enfermedad del tracto urinario superior, náuseas, anorexia, dolor/calambres abdominales, vómito, estreñimiento, adenopatía, dolor/rigidez del brazo, hombro o en el cuello, dolor de espalda, urticaria, eritema, sonolencia, insomnio, irritabilidad y agitación.

Experiencias adversas adicionales han sido reportadas con el uso comercial de Energix-B. Las que se mencionan abajo deben servir como información de alerta para los médicos: anafilaxia, edema, malformación incluyendo Síndrome Stevens-Johnson, angioedema, artritis, taquicardia/palpitaciones, broncoespasmos, incluyendo síntomas similares al asma, pruebas anormales de funcionamiento del hígado, depresión, migraña, síncope, paresis, neuropatía, incluyendo hiposteσία, parestesia, Síndrome Guille-Barra y Parálisis de Bell, mielitis transversa, cojuntivitis óptica, queratitis, problemas visuales, vértigo, zumbido y dolor de oído.

### **CONTRAINDICACIONES:**

No debe ser usado en personas con una alergia/hipersensibilidad conocida a la levadura y/o a cualquier otro componente de la vacuna. La vacuna debe ser administrada con precaución a cualquier persona que se sabe tiene disminución de plaquetas o un trastorno hemostático. Estas personas deben recibir la vacuna de forma subcutánea en lugar de por vía intramuscular.



**PROGRAMACION DE DOSIS:**

Se requiere de tres dosis de la vacuna para la hepatitis B para poder brindar inmunidad contra la infeccion. Engerix B es administrado en la fecha seleccionada y de nuevo un mes y seis meses despues de la fecha de la primera inyeccion\_.

**EMBARAZO, FERTILIDAD Y LACTANCIA:**

Como no se ban llevado a cabo estudios sobre reproduccion animal para "Engerix-B", la vacuna solamente debe ser dada a las mujeres embarazadas cuando asi se indique de forma clara. Tampoco se sabe si la vacuna puede ocasionar algun dafio al feto cuando se administra a la mujer embarazada. No se sabe si la vacuna afecta la fertilidad. Por ultimo, no se sabe si la vacuna es excretada en la leche maternal humana. Como muchos medicamentos son excretados en la leche maternal humana, debe tenerse precaucion cuando se considere administrar la vacuna a una madre que esta amamantando.

*Fuentes: American Hospital Formulary Drug Information, American Society of Hospital Pharmacists. Bethesda, MD 1991 pp. 2025-2032 Morbidity and Mortality Weekly Report: Hepatitis B Virus: A comprehensive Strategy for Elimination Transmission in the U.S. Through Universal Childhood Vaccination. 11/22/91, Vol-. 40 RR-13, pg. 10.*

---

Firma

---

Fecha



## Declaracion de Aceptacion/Declinacion de Influenza/Gripe

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Ultimos 4 numeros de SS

\_\_\_\_\_  
Pin#

Entiendo que debido a mi exposición ocupacional a material infeccioso, puedo correr el riesgo de contraer una cepa de influenza. Entiendo que tengo la oportunidad de vacunarme con la vacuna contra la influenza, ya sea por mi cuenta o por medio de Elara Caring (sin costo para mí). Sin embargo, si rechazo la vacunación contra la influenza en este momento, entiendo que si deseo recibir la vacuna en el futuro, debo comunicarme con el departamento de Cumplimiento de Elara Caring para programar una cita. Entiendo que puedo recibir la vacuna sin costo alguno para mí.

Yo acepto obtener la vacuna de la influenza (gripe) antes de la temporada de gripe.

No acepto la vacuna en este momento. Yo entiendo que el rechazar esta vacuna, me pone en riesgo de contraer la influenza/gripe. Puedo decidir vacunarme en el futuro.

Razón de la declinación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

# 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.**

## 2021

<b>Paso 1:</b> <b>Anote su información personal</b>	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	<b>(b) Su número de Seguro Social</b>  ► <b>¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta?</b> 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 <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		
	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 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](http://www.irs.gov/W4AppSP) y conocer acerca de su privacidad.

**Paso 2:** 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:

**Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan**

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

(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;

(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 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del 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).

<b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de dependientes</b>	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 . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo).</b> 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 . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> 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 . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

**Paso 5:** Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

**Firme aquí**

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

<b>Para uso exclusivo del empleador</b>	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)

## Instrucciones Generales

### 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](http://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 2021 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2020 usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2021 usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2020 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2020 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27**, **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 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 2021. 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 2022.

**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](http://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 situaciones de múltiples empleos.

**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](http://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 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 972(SP), Crédito Tributario por Hijos y Crédito por Otros Dependientes. 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 2021 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](http://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 2021 (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: 

}	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25,100 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos</li> <li>• \$18,800 si es cabeza de familia</li> <li>• \$12,550 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado</li> </ul>	} . . . . . 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 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 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	\$190	\$850	\$890	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,100	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	190	1,190	1,890	2,090	2,220	2,220	2,220	2,220	2,300	3,300	4,070	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,890	2,750	2,950	3,080	3,080	3,080	3,160	4,160	5,160	5,930	5,930
\$30,000 - 39,999	890	2,090	2,950	3,150	3,280	3,280	3,360	4,360	5,360	6,360	7,130	7,130
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,410	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,260	8,260
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,260	9,260
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,080	3,360	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,260	10,260
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,360	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,490	11,260	11,260
\$80,000 - 99,999	1,020	3,150	5,010	6,210	7,340	8,340	9,340	10,340	11,340	12,340	13,260	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	5,930	7,130	8,260	9,320	10,520	11,720	12,920	14,120	15,090	15,290
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,230	16,190	16,400
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,270	17,040	18,040
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,870	14,870	16,870	18,640	19,640
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,470	12,470	14,470	16,470	18,470	20,240	21,240
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,500	7,940	10,070	12,070	14,070	16,070	18,070	20,070	21,840	22,840
\$320,000 - 364,999	2,720	5,920	8,780	10,980	13,110	15,110	17,110	19,110	21,190	23,490	25,560	26,860
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,630	12,130	14,560	16,860	19,160	21,460	23,760	26,060	28,130	29,430
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,200	12,900	15,530	18,030	20,530	23,030	25,530	28,030	30,300	31,800

**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	\$440	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,410	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,030	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	940	1,540	1,620	2,020	3,020	3,470	3,470	3,470	3,640	3,840	3,840	3,840
\$20,000 - 29,999	1,020	1,620	2,100	3,100	4,100	4,550	4,550	4,720	4,920	5,120	5,120	5,120
\$30,000 - 39,999	1,020	2,020	3,100	4,100	5,100	5,550	5,720	5,920	6,120	6,320	6,320	6,320
\$40,000 - 59,999	1,870	3,470	4,550	5,550	6,690	7,340	7,540	7,740	7,940	8,140	8,150	8,150
\$60,000 - 79,999	1,870	3,470	4,690	5,890	7,090	7,740	7,940	8,140	8,340	8,540	9,190	9,990
\$80,000 - 99,999	2,000	3,810	5,090	6,290	7,490	8,140	8,340	8,540	9,390	10,390	11,190	11,990
\$100,000 - 124,999	2,040	3,840	5,120	6,320	7,520	8,360	9,360	10,360	11,360	12,360	13,410	14,510
\$125,000 - 149,999	2,040	3,840	5,120	6,910	8,910	10,360	11,360	12,450	13,750	15,050	16,160	17,260
\$150,000 - 174,999	2,220	4,830	6,910	8,910	10,910	12,600	13,900	15,200	16,500	17,800	18,910	20,010
\$175,000 - 199,999	2,720	5,320	7,490	9,790	12,090	13,850	15,150	16,450	17,750	19,050	20,150	21,250
\$200,000 - 249,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$250,000 - 399,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$400,000 - 449,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,910	21,220	22,520
\$450,000 y más	3,140	6,250	8,830	11,330	13,830	15,790	17,290	18,790	20,290	21,790	23,100	24,400

**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	\$820	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,420	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	820	1,900	2,130	2,220	2,220	2,620	3,620	4,070	4,110	4,310	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	930	2,130	2,360	2,450	2,850	3,850	4,850	5,340	5,540	5,740	5,870	5,870
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,450	2,940	3,940	4,940	5,980	6,630	6,830	7,030	7,160	7,160
\$40,000 - 59,999	1,020	2,470	3,700	4,790	5,800	7,000	8,200	8,850	9,050	9,250	9,380	9,380
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,310	6,600	7,800	9,000	10,200	10,850	11,050	11,250	11,520	12,320
\$80,000 - 99,999	1,880	4,280	5,710	7,000	8,200	9,400	10,600	11,250	11,590	12,590	13,520	14,320
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,870	7,160	8,360	9,560	11,240	12,690	13,690	14,690	15,670	16,770
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,870	7,240	9,240	11,240	13,240	14,690	15,890	17,190	18,420	19,520
\$150,000 - 174,999	2,040	4,920	7,150	9,240	11,240	13,290	15,590	17,340	18,640	19,940	21,170	22,270
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,150	10,440	12,740	15,040	17,340	19,090	20,390	21,690	22,920	24,020
\$200,000 - 249,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$250,000 - 349,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$350,000 - 449,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,900	25,200

\$450,000 y más	3,140	6,840	9,570	12,160	14,660	17,160	19,660	21,610	23,110	24,610	26,050	27,350
-----------------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------



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

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 08/31/2019

► **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 <i>(See instructions)</i>	
<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. <i>(See instructions)</i>	
<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: _____  <b>OR</b>          2. Form I-94 Admission Number: _____  <b>OR</b>          3. Foreign Passport Number: _____          Country of Issuance: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">           QR Code - Section 1            Do Not Write In This Space         </div>	

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
----------------------------------	--	--------------	-------------------



*Employer Completes Next Page*





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

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 08/31/2019

**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.")*

<b>Employee Info from Section 1</b>	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		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 200px;">           Additional Information         </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;">           QR Code - Sections 2 &amp; 3            Do Not Write In This Space         </div>
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.)

<b>A. New Name (if applicable)</b>			<b>B. Date of Rehire (if applicable)</b>	
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	LIST B Documents that Establish Identity	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<b>OR</b>	<b>AND</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U.S. Passport or U.S. Passport Card</li> <li>2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)</li> <li>3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa</li> <li>4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)</li> <li>5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Foreign passport; and</li> <li>b. Form I-94 or Form I-94A that has the following:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) The same name as the passport; and</li> <li>(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.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. School ID card with a photograph</li> <li>4. Voter's registration card</li> <li>5. U.S. Military card or draft record</li> <li>6. Military dependent's ID card</li> <li>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</li> <li>8. Native American tribal document</li> <li>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</li> <li style="text-align: center;"><b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b></li> <li>10. School record or report card</li> <li>11. Clinic, doctor, or hospital record</li> <li>12. Day-care or nursery school record</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT</li> <li>(2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION</li> <li>(3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION</li> </ol> </li> <li>2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)</li> <li>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</li> <li>4. Native American tribal document</li> <li>5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)</li> <li>6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)</li> <li>7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security</li> </ol>

**Examples of many of these documents appear in Part 13 of the Handbook for Employers (M-274).**

**Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.**