



NEW HIRE PACK

EXPECT MORE

Worksite Employee to Complete
Client/Worksite Employer to Complete

1. Para ser incorporada a la nómina esta planilla debe ser completada en su totalidad.

Empleado

Nombre Completo:		SSN:	
Teléfono:		Fecha de Aplicación:	
Dirección:		Apt.:	
Ciudad:		Estado:	Zip:
Correo Electrónico:		Fecha de Nacimiento:	

2. Esta Sección será completada por el Gerente o el Supervisor del Empleado.

Empleador

Client Company:		Pay Type:	<input type="checkbox"/> Hourly	<input type="checkbox"/> Salary
		Pay Status:	<input type="checkbox"/> Full-Time	<input type="checkbox"/> Part-Time
Client Location:		Pay Cycle:	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Bi-Weekly
			<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> Semi-Monthly
Dept. Name/Number:		Rate of Pay:	\$	
State Employee will be Working in:				
Employee ID Number:		Tipped Employee:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Original Hire Date: (by Client Company)		Shift Pay:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Employee Gender:	M F NB	Piece Work:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Job Title:		Commissions:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Workers' Comp. Class:		Other Pay Type:		
Supervisor, Manager, or Authorized Signature		Title:	Date:	

3. This Section to be Completed by Engage PEO representative only.

Engage PEO Start Date:		Employee ID Number:	
------------------------	--	---------------------	--

TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES PARA LOS BENEFICIOS DE GRUPO DEBERÁN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Yo entiendo y estoy de acuerdo (i) en que pueda ser elegible o ser elegido para ciertos beneficios bajo los planes de grupo provisto por Engage P.E.O. por el Cliente o por ambos; (ii) Yo debo completar los períodos de espera requeridos y sometido a tiempo mis planillas de inscripción para participar de la protección de los beneficios que proveen los planes; (iii) debo aceptar que todos mis beneficios son controlados por los documentos del plan y que estos pueden ser modificados ocasionalmente; (iv) cualquier plan que yo seleccione, mi beneficios no serán modificados hasta el próximo período de inscripción anual, a menos que me suceda un evento inesperado que justifique un cambio inmediato; (v) es mi responsabilidad verificar que las deducciones de mi nómina son correctas; (vi) Yo reembolsaré a Engage P.E.O. o al Cliente, según sea apropiado, de cualquier deficiencia con respecto a esos beneficios, así como deducciones en las nóminas; y (vii) yo he sido notificado de la continuación de la protección médica bajo "COBRA" para mi y para los que de mi dependen.

Yo comprendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber cuando expira el período de espera para mis beneficios y si no lo he recibido a su debido tiempo, solicitar del Departamento de Beneficios de Engage P.E.O. el acuerdo de los Beneficios. Reconozco y acepto la importancia de que, si en un tiempo prudencial no he firmado y devuelto el acuerdo de beneficios a Engage P.E.O. o al Cliente, si procede, ello será considerado como un rechazo al seguro de grupo y por ello autorizo a Engage P.E.O. y al Cliente para actuar en consecuencia. Yo entiendo que, de no seleccionar los beneficios al momento de ser elegible, no se me permitirá enrolarme ni hacer cambios a mediados de año, a menos que ocurra algún evento que lo justifique. Entiendo que si me ocurre un evento que lo justifique y quisiera enrolarme, debo notificárselo a Engage P.E.O. o al Cliente si fuese más apropiado. Y presentar las planillas y documentación requerida en un plazo de 30 días de la fecha del evento que lo justifica, de lo contrario no se me permitirá solicitar cambios ni enrolarme hasta el siguiente período anual de inscripción. Yo entiendo y comprendo que si más adelante solicito la inscripción para mi y las personas elegibles que de mi dependen, me podrían pedir información del estado de salud o también una verificación de la legitimidad de cada uno, y el plan o planes de beneficios se reserva el derecho de denegar dicha solicitud.

Yo autorizo las deducciones a las contribuciones del empleado (y) por los dependientes en caso que aplique), a los beneficios de grupo. Yo entiendo que debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para que la cobertura sea efectiva, pero si habiéndose deducido la prima, se estima que los requisitos no satisfacen las reglas de elegibilidad, la prima será reembolsada

Firma del Empleado

Fecha

Yo reconozco que _____ (el "Cliente") ha firmado un Acuerdo de Servicio al Cliente ("Acuerdo") con ENGAGE PEO y/o sus subsidiarias y compañías afiliadas (denominados conjuntamente, "ENGAGE"), mediante el cual ENGAGE ha acordado, dentro de lo que define la ley aplicable, ser un co-empleador de los individuos que realizan servicios para el Cliente.

En consideración a mi contratación por ENGAGE, reconozco y acepto lo siguiente: Entiendo y acepto que: (i) soy un empleado **A VOLUNTAD** y no existe un contrato de empleo entre el Cliente y yo, o entre ENGAGE y yo, y que ENGAGE no tiene ninguna responsabilidad con respecto a cualquier contrato de empleo, ahora o en el futuro; (ii), para que un contrato de empleo entre ENGAGE y yo, tenga validez en el futuro, tiene que ser por escrito y tiene que estar firmado por mí y por el Director Ejecutivo de ENGAGE; así mismo, cualquier contrato de empleo entre el Cliente y yo, no tendrá validez a menos que sea por escrito y esté firmado por un ejecutivo apropiado de la junta directiva del Cliente; no obstante, bajo ningún concepto dicho contrato entre el Cliente y yo, será vinculante para ENGAGE; (iii) tanto ENGAGE, el Cliente o yo podemos rescindir el contrato de co-empleo en cualquier momento, con o sin previo aviso, y con o sin causa, ya que soy un empleado a voluntad; (iv) el empleo continuo con el Cliente es un requisito indispensable para el empleo con ENGAGE, y en caso de cesar mi empleo con el Cliente, mi empleo con ENGAGE también cesará inmediatamente en ese momento; y (v) la relación laboral con ENGAGE puede finalizar en cualquier momento y por cualquier motivo. A menos que lo prohíba la ley, como consideración adicional para mi contratación por parte de ENGAGE, acepto que resolveré todas y cada una de los reclamos, disputas o controversias no declaradas anteriormente que surjan de o estén relacionadas con mi solicitud/consideración de empleo, empleo y/o separación de empleo, **exclusivamente mediante arbitraje definitivo y vinculante** ante un Árbitro neutral, a menos que la ley disponga lo contrario; esto no exime el uso de la EEOC o u otra agencia estatal de procedimientos administrativos. Solo a modo de ejemplo, tales reclamos incluyen reclamos bajo la ley estatutaria o común federal, estatal y local, como aquellas que prohíben la discriminación/acoso/represalias en el empleo, las leyes de salarios y horas, la ley de contratos y la ley de agravios.

Además, hasta el máximo permisible de la ley, el Cliente/ENGAGE y yo acordamos que no se pueden presentar acciones colectivas o gremiales en arbitraje o de otro modo (renuncia a acciones colectivas) por cualquier asunto relacionado con mi relación laboral con el Cliente y/o ENGAGE. **ESTA RENUNCIA A ACCIONES COLECTIVAS IMPIDE A CUALQUIER PARTE, DE PARTICIPAR O SER REPRESENTADA EN CUALQUIER ACCIÓN COLECTIVA O DE REPRESENTACIÓN CON RESPECTO A UN RECLAMO RELACIONADO CON MI RELACIÓN DE EMPLEO CON EL CLIENTE O COMPROMISO.** No obstante, si según la ley aplicable, un reclamo de representación bajo la ley estatal se considera irrenunciable y dicha acción se lleva a cabo en un tribunal, el Empleado del Lugar de Trabajo, el Cliente y ENGAGE acuerdan que dicho reclamo de representación será disuelto y quedará pendiente de la resolución de los reclamos que sean arbitrables.

Entiendo y acepto que recibiré de ENGAGE la compensación por mi trabajo para el Cliente. Si acepto una compensación de cualquier otra fuente que no sea ENGAGE por el trabajo realizado para el Cliente sin el consentimiento por escrito de ENGAGE, entiendo y acepto que mi co-empleo con ENGAGE se terminará automática e inmediatamente. También acepto que mientras sea co-empleado con ENGAGE, si ENGAGE no recibe el pago del Cliente por los servicios que realizo como co-empleado y si así lo requiere la ley aplicable en el estado en el que trabajo, ENGAGE me pagará el salario mínimo aplicable (o el salario mínimo requerido por la ley) para dicho período de pago, y estoy de acuerdo con este método de compensación. Entiendo y acepto que ENGAGE no tiene la obligación de pagarme cualquier otra compensación ni beneficio, a menos que, ENGAGE haya acordado conmigo específicamente y por escrito, asumir la obligación del Cliente de pagarme esa compensación o beneficio. Entiendo que en todo momento el Cliente tiene la obligación de pagar mi salario regular por hora (incluidas las horas extras) si soy un empleado no exento, o mi salario completo si soy un empleado exento incluso si ENGAGE no recibe el pago. Entiendo y acepto que ENGAGE no asume responsabilidad por el pago de bonificaciones, comisiones, indemnización por despido, compensación diferida, participación en las ganancias, vacaciones, enfermedad u otro tiempo libre remunerado, ni por cualquier otro pago o compensación, cuando el pago por dichos artículos o los servicios no han sido recibidos por ENGAGE de parte del Cliente. Entiendo que los primeros 90 días del empleo constituyen un período de introducción. He sido previamente informado y acepto que, si mi empleo con el Cliente finaliza por cualquier motivo, debo informarlo a ENGAGE dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas para una posibilidad de reasignación, y de no cumplir con este requisito, mis beneficios por desempleo pueden ser denegados. De igual modo, si dentro de ese tiempo, no notifico a ENGAGE, este puede asumir que yo he renunciado voluntariamente.

En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir está cubierta por los estatutos estatales de compensación para trabajadores, y para evitar la elusión de dichos estatutos estatales que pueden resultar de demandas contra los clientes de ENGAGE o contra ENGAGE por la misma lesión o lesiones, y en la medida permitida por la ley, **por medio de la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho que pueda tener** para presentar reclamos o entablar una demanda contra cualquier cliente de ENGAGE y contra ENGAGE por daños basados en lesiones que están cubiertos bajo dichos estatutos de compensación para trabajadores. También acepto en acatar las reglas y política adoptada por ENGAGE o el Cliente para prevenir el uso de drogas, así como pruebas de uso de drogas después de un accidente según lo permitan las leyes existentes.

Acepto cumplir con todas las políticas contra la discriminación y el acoso. Además, también acepto que si en algún momento en el curso de mi aplicación o como empleado, soy víctima de cualquier tipo de discriminación, ya sea por raza, sexo, embarazo, edad, antecedentes genéticos, religión, color, así como, represalias o venganzas, por origen nacional, discapacidad, estado de veterano o militar, estado civil o cualquier otra situación amparada por las leyes o, si fuese protegido por leyes aplicables o, si fuese víctima de cualquier clase de acoso incluyendo sin limitación, acoso sexual o si fuese víctima de represalias; inmediatamente debo contactar a un miembro de la gerencia del Cliente. En la mayoría de los casos, la persona apropiada será el presidente de la Compañía Cliente. Si por alguna razón no deseo contactar a nadie en la compañía del Cliente, puedo comunicarme con el departamento de recursos humanos de ENGAGE al 1-888-780-8807 para obtener ayuda en la resolución de dichos asuntos. Entiendo y acepto que ENGAGE no tiene control real sobre mi lugar de trabajo y, como tal, no está en condiciones de poner fin o remediar cualquier situación de discriminación, acoso o represalia que pueda ocurrir. La responsabilidad de resolver y/o terminar tal conducta inapropiada recae en el Cliente, sin embargo, ENGAGE intentará facilitar una resolución.

Certifico que toda la información en este documento, mi currículum, solicitud y todos los documentos de respaldo son correctos, y entiendo que cualquier tergiversación u omisión de cualquier información puede resultar en mi despido.

He leído y acepto todas las declaraciones anteriores contenidas en este Reconocimiento y Acuerdo del Empleado del Lugar de Trabajo. Mi firma a continuación certifica que entiendo que la declaración anterior sobre el estado de empleo a voluntad es el único y completo entendimiento entre el Empleador del Lugar de Trabajo y yo, y ENGAGE PEO y yo con respecto a la duración de mi empleo y las circunstancias bajo las cuales mi empleo puede ser rescindido.

Firma del Empleado

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL DE EMPLEADO POR LA LIBRE

Acuso recibo del Manual del Empleado en Lugar de Trabajo (el Manual). He leído el Manual o me lo han leído cuidadosamente, y entiendo y acepto cumplir las reglas y procedimientos detallados en el mismo. Exceptuando las normas de empleado por la libre, que se seguirán en vigor y en efecto a menos que haya un cambio por escrito y firmado por mí y por el gerente de Engage, las normas y regulaciones contenidas en el Manual podrían cambiar en cualquier momento y el Manual no me garantiza específicamente ninguna norma, procedimiento, reglas o duración del empleo. Todas las referencias a normas o procedimientos son discretionales y sujetas a cambios ocasionales. No obstante, yo entiendo que, como condición a mi empleo, yo me registraré por los procedimientos y reglas que rijan y que estén en vigor.

Firma del Empleado

Fecha

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

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

2024

Paso 1:
Anote Su Información Personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente 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 y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2:
Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

Complete este paso si (1) tiene más de un empleo 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). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; **o**
- (b)** Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **o**
- (c)** Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 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 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	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 para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí	3	\$
--	---	----------	----

Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

Paso 5: Firme Aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	_____ Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).	_____ Fecha	

Para Uso Exclusivo del Empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--

Instrucciones Generales

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

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4, como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4 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 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 nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado).

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2024 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2023, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2024, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2023 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2023 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 28 y 29) 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 2024. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo “*Exempt*” (Exento) en el Formulario W-4 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. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 15 de febrero de 2025.

Su privacidad. Los Pasos 2(c) y 4(a) solicitan información relacionada con el ingreso recibido de otras fuentes aparte del trabajo asociado a este Formulario W-4. Si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 2(c), usted puede escoger el Paso 2(b) como alternativa; si le preocupa proveer la información solicitada 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) como alternativa.

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. Recibe dividendos, ganancias de capital, Seguro Social, bonos o ingresos de negocios, o está sujeto al Impuesto Adicional del Medicare o al *Net Investment Income Tax* (Impuesto sobre los ingresos netos de inversión); o
3. 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 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), 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 empleo 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.

En su lugar, 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 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 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. La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4 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). 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, Impuesto Estimado Personal.

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 2024 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 (Guarde para sus archivos).



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4 (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) sólo en UN Formulario W-4. 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 para el empleo que le paga el salario MÁS ALTO. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

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 empleo 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 ese valor 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 empleo 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 esa cantidad en la línea 2b 2b \$
c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c 2c \$
3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario MÁS ALTO. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etc. 3
4 Divida la cantidad anual en la línea 1 o la línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Anote esta cantidad aquí y en el Paso 4(c) del Formulario W-4 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 (Guarde para sus archivos).



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2024 (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: { \$29,200 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos; \$21,900 si es cabeza de familia; \$14,600 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)). 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 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 también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE. UU. y 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 Cónyuge Sobreviviente 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	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

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	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 y más	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

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	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230

Empezar Depósitos

Cambiar Información

Cancelar Depósitos

Acuerdo de Autorización

Por la presente autorizo a Engage P.E.O. a efectuar depósitos a mi cuenta en el Banco o institución financiera abajo nombrados, ya sean electrónicamente o por cualquier método comercialmente aceptable a mi cuenta en las instituciones nombradas más adelante. Así mismo autorizo a Engage P.E.O. a efectuar débitos y ajustes necesarios en esas cuentas en el caso que se haya hecho un depósito equivocado.

Adicionalmente, acuerdo no responsabilizar a Engage P.E.O. por cualquier demora o extravío de fondos debido a un depósito equivocado a mi cuenta, causado por información insuficiente suministrada por mi o por mi institución financiera.

Este acuerdo estará vigente hasta tanto Engage P.E.O. haya recibido de mi o de mi institución financiera, una notificación de cancelación, por escrito y con tiempo suficiente para poder actuar o hasta que yo haya sometido al Departamento de Nóminas una nueva planilla para depósitos directos a su debido tiempo.

Información de Cuentas

Cuenta # 1:

Nombre de la Institución Financiera: _____

Número de Tránsito del Banco: _____

Número de Cuenta: _____

Cta. Corriente

Cta. de Ahorros

Cantidad o Porcentaje para ser depositado en cada período de pagos: _____

Account #2 Information

Nombre de la Institución Financiera: _____

Número de Tránsito del Banco: _____

Número de Cuenta: _____

Número de Tránsito del Banco:

Número de

Cuenta:

Cantidad o Porcentaje para ser depositado en cada período de pagos: _____

Firma

Nombre en letra de molde :

Firma:

Número del Seguro Social. (Sólo los 4 últimos dígitos:)

Fecha:

- ✓ Si se deposita a una cuenta corriente, por favor incluya copia de un cheque anulado por cada cuenta corriente (no una hoja de depósito.)
- ✓ Si se deposita a una cuenta de ahorros, por favor pídale al banco un Número de Ruta o Tránsito para su reconocimiento.



Voluntary Self-Identification

Your worksite employer and/or Engage PEO are subject to certain governmental recordkeeping and reporting requirements for the administration of civil rights laws and regulations. In order to comply with these laws, employees are invited to voluntarily self-identify their race or ethnicity. **Submission of this information is voluntary and refusal to provide it will not subject you to any adverse treatment.** The information obtained will be kept confidential and may only be used in accordance with the provisions of applicable laws, executive orders, and regulations, including those that require the information to be summarized and reported to the federal government for analysis of employment patterns and civil rights enforcement. When reported, data will not identify any specific individual.

GENDER

Please check one:

Male Female

RACE/ETHNICITY

Please select one of the following categories that best describes your race/ethnicity:

Hispanic or Latino - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin regardless of race.

White (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Black or African American (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.

Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

Asian (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian Subcontinent, including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.

American Indian or Alaska Native (Not Hispanic or Latino) - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintain tribal affiliation or community attachment.

Two or More Races (Not Hispanic or Latino) - All persons who identify with more than one of the above five races.

Choose not to complete the above information

Supervisor or Manager: If the employee does not complete this form, please complete it based on a visual assessment.

Print Name:

Position:

Date:



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 07/31/2026

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

Sección 1. Información y Certificación del Empleado: 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 de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)											
Otros Apellidos Utilizados (si alguno)		Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)											
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		<p>Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.</p> <p>Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): _____</p> <p>Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:</p> <table border="1"> <tr> <td>USCIS/Número A</td> <td>OR</td> <td>Formulario I-94 Número de Admisión</td> <td>OR</td> <td>Número de pasaporte extranjero y país de emisión</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				USCIS/Número A	OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión					
USCIS/Número A	OR					Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión							
Firma del Empleado						Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)									
Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar la certificación de preparador y/o traductor en la página 4.															



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expire 07/31/2026

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		o	Lista B		Y	List C							
Título del Documento 1													
Autoridad Emisora													
Número de Documento (si corresponde)													
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)													
Título del Documento 2		Información Adicional											
Autoridad Emisora		Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.											
Número de Documento (si corresponde)													
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)													
Título del Documento 3													
Autoridad Emisora													
Número de Documento (si corresponde)													
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)													
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.								Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):					
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado								Firma del Empleador o Representante Autorizado			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		
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 y Código Postal					

Para la reverificación o recontractación, complete elar [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.

* Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario. 6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI 	O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU. 8. Documento tribal de indio americano 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense <li style="text-align: center;">Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente: 10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones 11. Registro clínico, médico o de hospital 12. Registro guardería o escuela infantil 	Y	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones <ol style="list-style-type: none"> (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS. 2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal de indio americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 en uscis.gov/i-9-central. El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4, no es documento de la Lista C.

Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

<ul style="list-style-type: none"> • Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado; • Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551; • Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado. 	O	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado</p>	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.</p>
--	---	---	--

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



Suplemento A, Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

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

USCIS
Formulario I-9
Suplemento A
OMB No.1615-0047
Expire 07/31/2026

Apellido (Nombre de Familia) como en la Sección 1 .	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la Sección 1.
--	---	--

Instrucciones: Este suplemento debe ser completado por cualquier preparador y/o traductor que ayude a un empleado a completar la Sección 1 del Formulario I-9. El preparador y/o traductor debe ingresar el nombre del empleado en los espacios proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)		Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)		Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)		Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)		Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal



Suplemento B, Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

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

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Apellido (<i>Nombre Familiar</i>) como en la Sección 1	Primer Nombre (<i>Nombre de pila</i>) como en la Sección 1	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---	---	---------------------------------------

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

Fecha de Hoy (<i>mm/dd/aaaa</i>)			
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)	

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (<i>mm/dd/aaaa</i>)
----------------------	---------------------------------	---

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (<i>mm/dd/aaaa</i>)
---	--	------------------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)	Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.
---	--

Fecha de recontratación (si aplica)			
Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)			
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)	

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (<i>mm/dd/aaaa</i>)
----------------------	---------------------------------	---

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (<i>mm/dd/aaaa</i>)
---	--	------------------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)	Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.
---	--

Fecha de recontratación (si aplica)			
Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)			
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)	

Reverificación: Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) (<i>mm/dd/aaaa</i>)
----------------------	---------------------------------	---

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (<i>mm/dd/aaaa</i>)
---	--	------------------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)	Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.
---	--



AVISO SOBRE NOTIFICACIONES ELECTRONICAS

Usted tiene la oportunidad de poder recibir electrónicamente todos los avisos relacionados a los Beneficios de Empleados. Esos avisos no solo incluirán notificaciones, resúmenes descriptivos de planes (SPD) y otros similares.

Usted tendrá acceso a todas las notificaciones y avisos directamente a través del correo electrónico de Engage (www.engagepeo.com y seleccionando "Employee Login").

Si su patrono le provee acceso a los planes benéficos, cada plan tendrá su correspondiente "Resumen Descriptivo del Plan" (SPD) que describe las disposiciones principales del plan. Enmiendas al Plan, describen los cambios esenciales al Plan original (SPD). El plan "SPD" y sus enmiendas, son documentos importantes.

Por favor manifieste su consentimiento para recibir electrónicamente todas las notificaciones firmando esta planilla y devolviéndola a la dirección del correo electrónico provista: healthcarereform@engagepeo.com o, por FAX a: [727-214-9160](tel:727-214-9160).

Por favor, sepa que podría recibir los avisos impresos en papel; sin cargos adicionales para los SPD. También podría cambiar de parecer y en cualquier momento preferir versiones electrónicas o impresas en papel.

Para que su información se mantenga al corriente, por favor, notifique a su patrono en su lugar de empleo de cualquier cambio de dirección o del correo electrónico.

Doy mi consentimiento para que todos los avisos de Beneficios de Empleados incluyendo los resúmenes descriptivos del (SPD) plan y sus modificaciones sean documentos públicos.

Reconozco haber leído este aviso (*Notice of Electronic Disclosure*) y entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento. Entiendo que tengo el derecho de recibir copias escritas de todos los avisos de Beneficios a Empleados, incluyendo el Resumen Descriptivo del Plan ("SPD".)

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Correo electrónico

Por favor envíe esta planilla a: healthcarereform@engagepeo.com

o a: Fax: [727-214-9160](tel:727-214-9160)

DERECHOS DEL EMPLEADO SEGÚN LA LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS DEL DEPARTAMENTO DE EE. UU.

DE LOS DERECHOS DE LA LICENCIA

Los empleados elegibles que trabajan para un empleador sujeto a esta ley pueden tomarse hasta 12 semanas de licencia sin sueldo sin perder su empleo por las siguientes razones:

- El nacimiento de un hijo o la colocación de un hijo en adopción o en hogar de crianza;
- Para establecer lazos afectivos con un niño (la licencia debe ser tomada dentro del primer año del nacimiento o la colocación del niño);
- Para cuidar al cónyuge del empleado, al hijo, o al padre que tenga un problema de salud serio que califique;
- Debido a un problema de salud serio del mismo empleado que califique y que resulte en que el empleado no pueda realizar su trabajo;
- Por exigencias que califiquen relacionadas con el despliegue de un miembro de las fuerzas armadas que sea cónyuge del empleado, hijo o padre.

Un empleado elegible que es cónyuge, hijo, padre o familiar más cercano del miembro de las fuerzas armadas que está cubierto, puede tomarse hasta 26 semanas de licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) en un periodo de 12 meses para cuidar al miembro de las fuerzas armadas que tenga una lesión o enfermedad seria.

Un empleado no tiene que tomarse la licencia de una sola vez. Cuando es medicamente necesario o de otra manera permitido, los empleados pueden tomarse la licencia de forma intermitente o en una jornada reducida.

Los empleados pueden elegir, o un empleador puede exigir, el uso de licencias pagadas acumuladas mientras se toman la licencia bajo la FMLA. Si un empleado sustituye la licencia pagada acumulada por la licencia bajo la FMLA, el empleado tiene que respetar las políticas de pago de licencias normales del empleador.

BENEFICIOS Y PROTECCIONES

Mientras los empleados estén de licencia bajo la FMLA, los empleadores tienen que continuar con la cobertura del seguro de salud como si los empleados no estuvieran de licencia.

Después de regresar de la licencia bajo la FMLA, a la mayoría de los empleados se les tiene que restablecer el mismo trabajo o uno casi idéntico, con el pago, los beneficios y otros términos y otras condiciones de empleo equivalentes.

Un empleador no puede interferir con los derechos de la FMLA de un individuo o tomar represalias contra alguien por usar o tratar de usar la licencia bajo la FMLA, oponerse a cualquier práctica ilegal hecha por la FMLA, o estar involucrado en un procedimiento según o relacionado con la FMLA.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Un empleado que trabaja para un empleador cubierto tiene que cumplir con tres criterios para poder ser elegible para una licencia bajo la FMLA. El empleado tiene que:

- Haber trabajado para el empleador por lo menos 12 meses;
- Tener por lo menos 1,250 horas de servicio en los 12 meses previos a tomar la licencia*; y
- Trabajar en el lugar donde el empleador tiene al menos 50 empleados dentro de 75 millas del lugar de trabajo del empleado.

*Requisitos especiales de "horas de servicio" se aplican a empleados de una tripulación de una aerolínea.

PEDIDO DE LA LICENCIA

En general, los empleados tienen que pedir la licencia necesaria bajo la FMLA con 30 días de anticipación. Si no es posible avisar con 30 días de anticipación, un empleado tiene que notificar al empleador lo más pronto posible y, generalmente, seguir los procedimientos usuales del empleador.

Los empleados no tienen que informar un diagnóstico médico, pero tienen que proporcionar información suficiente para que el empleador pueda determinar si la ausencia califica bajo la protección de la FMLA. La información suficiente podría incluir informarle al empleador que el empleado está o estará incapacitado para realizar sus funciones laborales, que un miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias, o que una hospitalización o un tratamiento médico es necesario. Los empleados tienen que informar al empleador si la necesidad de la ausencia es por una razón por la cual la licencia bajo la FMLA fue previamente tomada o certificada.

Los empleadores pueden exigir un certificado o una recertificación periódica que respalde la necesidad de la licencia. Si el empleado determina que la certificación está incompleta, tiene que proporcionar un aviso por escrito indicando qué información adicional se requiere.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

Una vez que el empleador tome conocimiento que la necesidad de la ausencia del empleado es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, el empleador tiene que notificar al empleado si él o ella es elegible para una licencia bajo FMLA y, si es elegible, también tiene que proporcionar un aviso de los derechos y las responsabilidades según la FMLA. Si el empleado no es elegible, el empleador tiene que brindar una razón por la cual no es elegible.

Los empleadores tienen que notificar a sus empleados si la ausencia será designada como licencia bajo la FMLA, y de ser así, cuánta ausencia será designada como licencia bajo la FMLA.

CUMPLIMIENTO

Los empleados pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Trabajo de EE. UU., la División de Horas y Salarios, o pueden presentar una demanda privada contra un empleador.

La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni sustituye a ninguna ley estatal o local o convenio colectivo de negociación que proporcione mayores derechos de ausencias familiares o médicas.

Para información adicional o para presentar un reclamo:

1-866-4-USWAGE

(1-866-487-9243) TTY: 1-877-889-5627

www.dol.gov/whd



Departamento de Trabajo de los EE.UU. | División de Horas y Salarios DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS