



# Forma de Información del empleado

*Favor de llenar esta forma y entregarla a su supervisor*

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_

**\*\*\* La siguiente sección debe de ser completada y firmada por un supervisor \*\*\***

Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio de empleo: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

Código de compensación de Empleo: \_\_\_\_\_ Ubicación del Trabajo: \_\_\_\_\_

División: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Sueldo: \$ \_\_\_\_\_ / por hora ó Salario: \$ \_\_\_\_\_ / anual

Tipo de Empleo:    Tiempo Completo    Medio Tiempo    Numero de Empleado: \_\_\_\_\_

Firma del Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_

Teléfono: 480.429.8098

Fax: 480.945.1525

[www.nationalpeo.com](http://www.nationalpeo.com)



## Nuevo empleado EEO Información Page 1 (Opcional)

*Para ser completado por el empleado*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La finalización de la siguiente información le ayudará National PEO en la presentación de los informes requeridos del gobierno. La presentación de la información es voluntaria y por lo tanto, falta de proporcionar esta información no estará sujeto a ninguna acción adversa. La información que proporcione es confidencial.

Esta información será utilizada para los requisitos de presentación de informes Equal Employment Opportunity.

Es la póliza de National PEO para proporcionar igualdad de oportunidades de empleo para todas las personas. National PEO no discrimina a ninguna persona por motivos de color, raza, religión, sexo, edad, nacionalidad, estado civil, condición de veterano, discapacidad o cualquier otra razón prohibida por leyes federales, estatales o locales aplicables.

### 1. Grupos Raciales / étnicos (Marque uno)

**Hispano o Latino** - Una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur o Centro América, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

**Blanco (No Hispano o Latino)** - Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Norte de África o el Medio Oriente.

**Negro o afroamericano (No Hispano o Latino)** - Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

**Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico (No Hispano o Latino)** - Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos de Hawai, Guan, Samoa u otras islas del Pacífico.

**Asiático (No Hispano o Latino)** - Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Oriente, Asia del Sur, o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

**Dos o más razas (No Hispano o Latino)** - Todas las personas que se identifiquen con más de una de las anteriores.

### 2. Sexo (marque una opción)

Masculino

Femenino

Teléfono: 480.429.8098

Fax: 480.945.1525

[www.nationalpeo.com](http://www.nationalpeo.com)

### 3. Categorías de Empleo (marque uno)

**Ejecutivo / Altos Funcionarios Nivel y Gerentes** - Las personas que planifican, dirigen y formulan políticas, definir estrategias y proporcionar una dirección general.

**Primera / funcionarios de nivel medio y Gerentes** - Las personas que supervisan las operaciones del día a día y la aplicación directa de las operaciones dentro de los parámetros específicos establecidos por los funcionarios y Gerentes de nivel ejecutivo / senior.

**Profesionales** - ocupaciones que requieren ya sea graduación de la universidad o de la experiencia de este tipo y la cantidad de proporcionar antecedentes comparables.

**Técnicos** - ocupaciones que requieren una combinación de conocimiento científico básico y la habilidad manual que se puede obtener a través de 2 años de educación post secundaria, como se ofrece en muchos institutos técnicos y colegios universitarios, oa través de la formación en el puesto de trabajo.

**Trabajadores de Ventas** - Empleos dedican total o principalmente en la venta directa.

**Trabajadores de Apoyo Administrativo** - ocupaciones de apoyo administrativo, como todo el trabajo de tipo administrativo, independientemente del nivel de dificultad, donde las actividades son predominantemente no manual a través de un trabajo manual no involucrados directamente con la alteración o el transporte de los productos está incluido.

**Trabajadores Artesanía** - Obreros del nivel relativamente alto (producción y reparación precisa) que tiene un conocimiento profundo y exhaustivo de los procesos involucrados en su trabajo. Ejercicio considerable independencia de criterio y por lo general recibe un extenso período de formación.

**Operarios** - Los trabajadores que operan el transporte o traslado de materiales de equipos, o que operan equipos de máquina o proceso, o que realizan otras tareas de tipo fábrica de nivel de habilidad intermedio que se puede dominar en unas semanas y sólo requieren una formación limitada.

**Obreros y Ayudantes** - manipuladores, limpiadores de equipo, ayudantes y otros trabajadores en ocupaciones manuales que generalmente requieren una formación especial y que realizan tareas elementales que se pueden aprender en unos pocos días y requieren de la aplicación de la poca o ninguna independencia de criterio. Los trabajadores agrícolas (trabajadores) se colocan aquí, así como las ocupaciones agricultura, silvicultura y pesca, ncop.

**Trabajadores de Servicios** - Los trabajadores en ocupaciones de servicios, tanto de protección y no de protección. Incluye los trabajadores no protección en el servicio profesional y personal, la diversión y la recreación, alimentación, mantenimiento y ocupaciones centinelas desarmados. También incluye a los trabajadores de protección de la policía y la detección, extinción de incendios y protección contra incendios, guardia armada y ocupaciones de seguridad.

Co. Representante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

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

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

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

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

Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado
Código Postal		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)			Número de Seguro Social de EE.UU.	Dirección de correo electrónico del empleado
Número de Teléfono del Empleado						

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

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

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): _____ Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (Vea las instrucciones) Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____

Código QR - Sección 1  
No escriba en este espacio

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

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

No utilicé un preparador o traductor       Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1  
 (Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado
		Código Postal	





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

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

**Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado**

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

<b>Información del Empleado de la Sección 1</b>	Apellido ( <i>Nombre Familiar</i> )	Primer Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
---	-------------------------------------	---	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración ( <i>si alguna</i> ) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración ( <i>si alguna</i> ) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración ( <i>si alguna</i> ) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		Información Adicional  <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración ( <i>si alguna</i> ) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración ( <i>si alguna</i> ) (mm/dd/aaaa)				

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**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: 0 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		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				

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

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

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

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

<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.

<b>LIST A</b> <b>Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization</b>	OR	<b>LIST B</b> <b>Documents that Establish Identity</b>	AND	<b>LIST C</b> <b>Documents that Establish Employment Authorization</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>	OR	<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>	AND	<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.**



# Formulario W-4(SP) (2019)

**Acontecimientos futuros.** Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

**Propósito.** Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2019 si **ambas** de las siguientes situaciones le corresponde:

- Para 2018 tenía derecho a un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre los ingresos retenido porque **no** tenía obligación tributaria **y**
- Para 2019 espera un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre ingreso retenido porque usted espera **no** tener obligación tributaria.

Si está exento, complete **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2019 vence el 17 de febrero de 2020. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés, para saber más sobre si reúne los requisitos para la exención de la retención.

## Instrucciones Generales

Si no está exento, siga el resto de estas instrucciones para determinar el número de retenciones que debe reclamar para propósitos de la retención para 2019 y cualquier cantidad adicional de impuestos a ser retenida. Para los salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

También puede usar la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para determinar su retención de impuestos con mayor precisión. Considere usar esta calculadora si

tiene una situación tributaria más complicada, como por ejemplo, si tiene un cónyuge que trabaja, si tiene más de un trabajo o tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo no sujetos a retención aparte de su trabajo. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, también puede usar esta calculadora para ver cómo la cantidad de impuestos que tiene retenida se compara con su impuesto total previsto para 2019. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

Tenga en cuenta que si retiene demasiados impuestos recibirá un reembolso cuando presente su declaración de impuestos. Si no retiene suficientes impuestos, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y podría estar sujeto a una multa.

**Personas con múltiples trabajos o con cónyuges que trabajan.** Si tiene más de un trabajo a la vez, o si es casado que presenta una declaración conjunta y su cónyuge trabaja, lea todas las instrucciones, incluyendo las instrucciones para la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** antes de comenzar.

**Ingresos no derivados del trabajo.** Si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo no sujetos a retención, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, puede adeudar impuestos adicionales. O bien, puede usar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4 o la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para asegurarse de tener suficientes impuestos retenidos de su cheque de paga. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 o utilice la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o el Formulario W-4P, en inglés.

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

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la(s) hoja(s) de trabajo en sus archivos. -----

Formulario <b>W-4(SP)</b>		<b>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</b>		OMB No. 1545-0074
Department of the Treasury Internal Revenue Service		► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador podría tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.		<b>2019</b>
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido		2 Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero <b>Nota:</b> Si es casado, pero está legalmente separado, marque el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero".		
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>		
5 Número total de exenciones que reclama (de la hoja de trabajo que le corresponda en las siguientes páginas)				5
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de paga				6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2019 y certifico que cumplo con <b>ambas</b> condiciones, a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque <b>no</b> tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de <b>todos</b> los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto <b>no</b> tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí . . . . . ►				7
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.				
<b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►				
8 Nombre y dirección del empleador ( <b>Empleador:</b> Complete las líneas 8 y 10 si envía este certificado al IRS y complete las líneas 8, 9 y 10 si lo envía al <i>State Directory of New Hires</i> (Directorio estatal de personas recién empleadas).		9 Primera fecha de empleo		10 Número de identificación del empleador (EIN)
Fecha ►				

## Instrucciones Específicas

### Hoja de Trabajo para Descuentos Personales

Complete esta hoja de trabajo en la página 4 primero para determinar el número de descuentos personales de retención que debe reclamar.

**Línea C. Cabeza de familia, tenga en cuenta:** Por lo general, usted podría reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y otro individuo calificado. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información acerca del estado civil para efectos de la declaración.

**Línea E. Crédito tributario por hijos.** Cuando presente su declaración de impuestos, usted podría reunir los requisitos para reclamar el crédito tributario por hijos por cada uno de sus hijos calificados. Para ser considerado hijo calificado, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad a partir del 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que viva con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Para obtener más información acerca de este crédito, consulte la Publicación 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés. Para reducir el impuesto retenido de su paga teniendo en cuenta este crédito, siga las instrucciones en la línea E de la hoja de trabajo. En la hoja de trabajo se le preguntará acerca de su ingreso total. Para este propósito, el ingreso total incluye todos sus salarios y otros ingresos, incluyendo los ingresos obtenidos por un cónyuge si presenta una declaración conjunta.

**Línea F. Crédito para otros dependientes.** Cuando presente su declaración de impuestos, usted podría reunir los requisitos para reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no se puede reclamar un crédito tributario por hijos, tal como un hijo calificado que no cumple con el requisito de edad o de tener un número de Seguro Social para el crédito tributario por hijos o tal como un pariente calificado. Para obtener más información sobre este crédito, consulte la Publicación 972, en inglés.

Para reducir el impuesto retenido de su paga teniendo en cuenta este crédito, siga las instrucciones en la línea F de la hoja de trabajo. En la hoja de trabajo, se le preguntará acerca de su ingreso total. Para este propósito, el ingreso total incluye todos sus salarios y otros ingresos, incluyendo los ingresos obtenidos por un cónyuge si presenta una declaración conjunta.

**Línea G. Otros créditos.** Usted podría reducir el impuesto retenido de su cheque de paga si espera reclamar otros créditos tributarios, tales como los créditos tributarios por estudios (vea la Publicación 970, en inglés). Si lo hace, su cheque de paga será mayor, pero la cantidad de cualquier reembolso que reciba cuando presente su declaración de impuestos será menor. Siga las instrucciones para la Hoja de Trabajo 1-6 en la Publicación 505, en inglés, si desea reducir su retención para tener en cuenta estos créditos. Si usa la Hoja de Trabajo 1-6, anote "-0-" en las líneas E y F.

### Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional

Complete esta hoja de trabajo para determinar si puede reducir los impuestos retenidos de su cheque de paga para contabilizar sus deducciones detalladas y otros ajustes a los ingresos, tales como las contribuciones a los arreglos *IRA*. Si lo hace, su reembolso al final del año será menor, pero su cheque de paga será más grande. No está obligado a completar esta hoja de trabajo ni a reducir su retención si no desea hacerlo.

También puede usar esta hoja de trabajo para calcular por cuánto aumentar el impuesto retenido de su cheque de paga si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo no sujetos a retención, tales como intereses o dividendos.

Otra opción es tomar estas partidas en cuenta y hacer que su retención sea más precisa al usar la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP). Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

## Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos

Complete esta hoja de trabajo si tiene más de un trabajo o si está casado y tiene un cónyuge que trabaja y presenta una declaración conjunta. Si no completa esta hoja de trabajo, es posible que tenga muy poco impuesto retenido. De ser así, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa.

Calcule el número total de descuentos que tiene derecho a reclamar y cualquier cantidad adicional de impuestos que retenga en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Reclame todos los descuentos en el Formulario W-4(SP) que usted o su cónyuge presenten para el trabajo que le paga el salario más alto de su familia y solicite cero descuentos en los Formularios W-4(SP) presentados para todos los demás empleos. Por ejemplo, si gana \$60,000 por año y su cónyuge gana \$20,000, debe completar las hojas de trabajo para determinar qué debe anotar en las líneas 5 y 6 de su Formulario W-4(SP), y su cónyuge debe anotar cero (“-0-”) en las líneas 5 y 6 de su Formulario W-4(SP). Para más detalles, vea la Publicación 505, en inglés.

Otra opción es usar la calculadora en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención de forma más precisa.

**Consejo:** Si tiene un cónyuge que trabaja y sus ingresos son similares, puede marcar el recuadro “Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero” en lugar de usar esta hoja de trabajo. Si elige esta opción, cada cónyuge debe completar la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** y marcar el recuadro “Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero” en el Formulario W-4(SP), pero sólo uno de los cónyuges debe reclamar cualquier descuento para los créditos o completar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional**.

## Instrucciones para el Empleador

**Empleados: no completen las líneas 8, 9 o 10. Su empleador completará estas líneas si es necesario.**

**Informes de nuevas contrataciones.** La ley requiere que los empleadores declaren a los empleados nuevos a un *State Directory of New Hires* (Directorio estatal de personas recién empleadas) designado. Los empleadores pueden usar las líneas 8, 9 y 10 del Formulario W-4(SP) para cumplir con el requisito de declarar nuevos empleados para un empleado recién contratado. Un empleado recién contratado es el mismo que no ha sido empleado anteriormente por el empleador, o que anteriormente estaba empleado por el empleador, pero estuvo separado de dicho empleo anterior durante al menos 60 días consecutivos. Los empleadores deben comunicarse con el *State Directory of New Hires* (Directorio estatal de personas recién empleadas) apropiado para determinar cómo presentar una copia del Formulario W-4(SP) completado. Para obtener información y enlaces a cada directorio estatal de personas recién empleadas (incluyendo los territorios estadounidenses), acceda a [www.acf.hhs.gov/css/employers](http://www.acf.hhs.gov/css/employers), en inglés.

Si un empleador está enviando una copia del Formulario W-4(SP) a un directorio estatal de personas recién empleadas designado para cumplir con el nuevo requisito de informar sobre la contratación de una persona recién empleada, complete las líneas 8, 9 y 10 de la siguiente manera.

**Línea 8.** Anote el nombre y la dirección del empleador. Si un empleador está enviando una copia de este formulario a un directorio estatal de personas recién empleadas, anote la dirección donde las agencias de manutención de menores deben enviar órdenes de retención de ingresos.

**Línea 9.** Si un empleador está enviando una copia de este formulario a un directorio estatal de personas recién empleadas, anote la primera fecha de empleo del empleado, que es la fecha en que el empleado realizó por primera vez servicios remunerados. Si el empleador volvió a contratar al empleado después de que el mismo estuvo separado del servicio del empleador durante al menos 60 días, anote la fecha de recontractación.

**Línea 10.** Anote el número de identificación del empleador (*EIN*, por sus siglas en inglés).

**Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)**

**A** Anote "1" para usted mismo . . . . . **A** \_\_\_\_\_

**B** Anote "1" si es casado que presenta una declaración conjunta . . . . . **B** \_\_\_\_\_

**C** Anote "1" si presenta una declaración como cabeza de familia . . . . . **C** \_\_\_\_\_

**D** Anote "1" si: } **D** \_\_\_\_\_

- Es soltero o casado que presenta una declaración por separado, y tiene sólo un empleo; o
- Es casado que presenta una declaración conjunta, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o
- Su salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos.

**E Crédito tributario por hijos.** Vea la Publicación 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información.

- Si sus ingresos totales serán menos de \$71,201 (\$103,351 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "4" para cada hijo que reúne los requisitos.
- Si sus ingresos totales serán de \$71,201 a \$179,050 (\$103,351 a \$345,850 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos.
- Si sus ingresos totales serán de \$179,051 a \$200,000 (\$345,851 a \$400,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos.
- Si sus ingresos totales serán mayores de \$200,000 (\$400,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "-0-" . . . . . **E** \_\_\_\_\_

**F Crédito por otros dependientes.** Vea la Publicación 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información.

- Si sus ingresos totales serán menos de \$71,201 (\$103,351 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada dependiente que reúne los requisitos.
- Si sus ingresos totales serán de \$71,201 a \$179,050 (\$103,351 a \$345,850 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada dos dependientes (por ejemplo, "- 0 -" por un dependiente, "1" si tiene dos o tres dependientes y "2" si tiene cuatro dependientes).
- Si sus ingresos totales serán mayores de \$179,050 (\$345,850 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "-0-" . . . . . **F** \_\_\_\_\_

**G Otros créditos.** Si tiene otros créditos, consulte la Hoja de Trabajo 1 - 6 de la Publicación 505, en inglés, y anote la cantidad de esa hoja de trabajo aquí. Si usa la Hoja de Trabajo 1-6, anote "-0-" en las líneas **E** y **F** . . . **G** \_\_\_\_\_

**H** Sume las líneas **A** a **G**, inclusive, y anote el total aquí . . . . . **H** \_\_\_\_\_

Para que sea lo más exacto posible, **complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.** }

- Si piensa **detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos** y desea reducir su impuesto retenido, o si tiene una cantidad alta de ingreso no derivado del trabajo no sujeto a retención y desea aumentar su retención, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional**, a continuación.
- Si usted **tiene más de un empleo a la vez** o es **casado que presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$53,000 (\$24,450 si es casado que presenta una declaración conjunta), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** en la página 5 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si **ninguna** de las condiciones anteriores le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 del Formulario W - 4(SP), anteriormente, la cantidad de la línea **H**.

**Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional**

**Nota:** Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones, reclamar ciertos ajustes a los ingresos o si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo no sujetos a retención.

**1** Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2019. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos. Vea la Publicación 505, en inglés, para detalles . . . . . **1** \$ \_\_\_\_\_

**2** Anote: } **2** \$ \_\_\_\_\_

- \$24,400 si usted es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos
- \$18,350 si usted es cabeza de familia
- \$12,200 si usted es soltero o casado que presenta la declaración por separado

**3 Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" . . . . . **3** \$ \_\_\_\_\_

**4** Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2019, su deducción de ingresos de negocio calificado y cualquier deducción estándar adicional por edad o ceguera. (Vea la Publicación 505, en inglés, para información acerca de estas partidas) . . . . . **4** \$ \_\_\_\_\_

**5 Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado . . . . . **5** \$ \_\_\_\_\_

**6** Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2019 no sujetos a retención (por ejemplo, dividendos o intereses) . . . . . **6** \$ \_\_\_\_\_

**7 Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-". Si es menor que cero, anote la cantidad entre paréntesis . . . . . **7** \$ \_\_\_\_\_

**8 Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,200 y anote el resultado aquí. Si es una cantidad negativa, anótela entre paréntesis. Elimine toda fracción . . . . . **8** \_\_\_\_\_

**9** Anote la cantidad de la línea **H** de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** arriba . . . . . **9** \_\_\_\_\_

**10 Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si es cero o menos, anote "-0-". Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 de esa hoja de trabajo en la página 5. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) . . . . . **10** \_\_\_\_\_

**Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**

**Nota:** Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea **H** de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea **H** de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 4 (o, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4, la cantidad de la línea **10** de esa hoja de trabajo) . . . . . **1** \_\_\_\_\_
- 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y los salarios del empleo que más le paga son \$75,000 o menos y los salarios combinados para usted y su cónyuge son \$107,000 o menos, no anote más de "3". . . . . **2** \_\_\_\_\_
- 3 Si la línea **1** **excede de o es igual a** la cantidad de la línea **2**, reste la línea **2** de la línea **1**. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea **5** del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo . . . . . **3** \_\_\_\_\_

**Nota:** Si la cantidad de la línea **1** es **menos** que la cantidad de la línea **2**, anote "-0-" en la línea **5** del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas **4** a **9**, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.

- 4 Anote la cantidad de la línea **2** de esta hoja de trabajo . . . . . **4** \_\_\_\_\_
- 5 Anote la cantidad de la línea **1** de esta hoja de trabajo . . . . . **5** \_\_\_\_\_
- 6 **Reste** la cantidad de la línea **5** de la cantidad de la línea **4** . . . . . **6** \_\_\_\_\_
- 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí . . . . . **7** \$ \_\_\_\_\_
- 8 **Multiplique** la cantidad de la línea **7** por la cantidad de la línea **6** y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener . . . . . **8** \$ \_\_\_\_\_
- 9 **Divida** la cantidad de la línea **8** por los períodos de pago que faltan en 2019. Por ejemplo, divida por 18 si le pagan cada 2 semanas y usted completa este formulario en una fecha a finales de abril cuando quedan 18 períodos de pago para el año 2019. Anote el resultado aquí y en la línea **6** del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de paga . . . . . **9** \$ \_\_\_\_\_

**Tabla 1**

**Tabla 2**

<b>Casados que presentan una declaración conjunta</b>		<b>Todos los demás</b>		<b>Casados que presentan una declaración conjunta</b>		<b>Todos los demás</b>	
Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÍNIMO</b> es—	Anote en la línea <b>2</b> arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÍNIMO</b> es—	Anote en la línea <b>2</b> arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÁXIMO</b> es—	Anote en la línea <b>7</b> arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÁXIMO</b> es—	Anote en la línea <b>7</b> arriba
\$0 - \$5,000	0	\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$24,900	\$420	\$0 - \$7,200	\$420
5,001 - 9,500	1	7,001 - 13,000	1	24,901 - 84,450	500	7,201 - 36,975	500
9,501 - 19,500	2	13,001 - 27,500	2	84,451 - 173,900	910	36,976 - 81,700	910
19,501 - 35,000	3	27,501 - 32,000	3	173,901 - 326,950	1,000	81,701 - 158,225	1,000
35,001 - 40,000	4	32,001 - 40,000	4	326,951 - 413,700	1,330	158,226 - 201,600	1,330
40,001 - 46,000	5	40,001 - 60,000	5	413,701 - 617,850	1,450	201,601 - 507,800	1,450
46,001 - 55,000	6	60,001 - 75,000	6	617,851 y más	1,540	507,801 y más	1,540
55,001 - 60,000	7	75,001 - 85,000	7				
60,001 - 70,000	8	85,001 - 95,000	8				
70,001 - 75,000	9	95,001 - 100,000	9				
75,001 - 85,000	10	100,001 - 110,000	10				
85,001 - 95,000	11	110,001 - 115,000	11				
95,001 - 125,000	12	115,001 - 125,000	12				
125,001 - 155,000	13	125,001 - 135,000	13				
155,001 - 165,000	14	135,001 - 145,000	14				
165,001 - 175,000	15	145,001 - 160,000	15				
175,001 - 180,000	16	160,001 - 180,000	16				
180,001 - 195,000	17	180,001 y más	17				
195,001 - 205,000	18						
205,001 y más	19						

**Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.**

Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes 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 impuestos federales 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 que la incluya en el *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.

Type or print your Full Name		Your Social Security Number	
Home Address – number and street or rural route			
City or Town		State	ZIP Code

**Choose either box 1 or box 2:**

- 1** Withhold from gross taxable wages at the percentage checked (**check only one percentage**):
- 0.8%   
  1.3%   
  1.8%   
  2.7%   
  3.6%   
  4.2%   
  5.1%
- Check this box and enter an extra amount to be withheld from each paycheck ..... \$
- 2** I elect an Arizona withholding percentage of zero, and I certify that I expect to have no Arizona tax liability for the current taxable year.

I certify that I have made the election marked above.	
SIGNATURE _____	DATE _____

**Employee's Instructions**

Arizona law requires your employer to withhold Arizona income tax from your wages for work done in Arizona. The amount withheld is applied to your Arizona income tax due when you file your tax return. The amount withheld is a percentage of your gross taxable wages from every paycheck. You may also have your employer withhold an extra amount from each paycheck. Complete this form to select a percentage and any extra amount to be withheld from each paycheck.

**What are my "Gross Taxable Wages"?**

For withholding purposes, your "gross taxable wages" are the wages that will generally be in box 1 of your federal Form W-2. It is your gross wages less any pretax deductions, such as your share of health insurance premiums.

**New Employees**

Complete this form within the first five days of your employment to select an Arizona withholding percentage. You may also have your employer withhold an extra amount from each paycheck. If you do not file this form, the department requires your employer to withhold 2.7% of your gross taxable wages.

**Current Employees**

If you want to change your current amount withheld, you must file this form to change the Arizona withholding percentage to change the extra amount withheld.

**What Should I do With Form A-4?**

Give your completed Form A-4 to your employer.

**Electing a Withholding Percentage of Zero**

You may elect an Arizona withholding percentage of zero if you expect to have no Arizona income tax liability for the current year. Arizona tax liability is gross tax liability less any tax credits, such as the family tax credit, school tax credits, or credits for taxes paid to other states. If you make this election, your employer will not withhold Arizona income tax from your wages for payroll periods beginning after the date you file the form. Zero withholding does not relieve you from paying Arizona income taxes that might be due at the time you file your Arizona income tax return. If you have an Arizona tax liability when you file your return or if at any time during the current year conditions change so that you expect to have a tax liability, you should promptly file a new Form A-4 and choose a withholding percentage that applies to you.

**Voluntary Withholding Election by Certain Nonresident Employees**

Compensation earned by nonresidents while physically working in Arizona for temporary periods is subject to Arizona income tax. However, under Arizona law, compensation paid to certain nonresident employees is not subject to Arizona income tax withholding. These nonresident employees need to review their situations and determine if they should elect to have Arizona income taxes withheld from their Arizona source compensation. Nonresident employees may request that their employer withhold Arizona income taxes by completing this form to elect Arizona income tax withholding.



# Normas de Abuso de Sustancias Toxicas

*Acuso Recibido*

Comprendo que National PEO, se refirió subsiguientemente a como La Compañía, tiene Normas de Abuso de Sustancias y que estas normas se aplican a todos empleados de la Compañía y empleados arrendaron de Compañías de Cliente. Comprendo que tengo acceso a una copia de las Normas por National PEO y la Compañía de Cliente.

Comprendo que las Normas se aplican a mí, y accedo a cumplir con los términos y condiciones de las normas. Comprendo que puedo ser requerido a proporcionar las muestras de la orina, sangre, aliento, y de otras muestras para probar en las circunstancias resumido en las Normas de Abuso de Sustancias. Comprendo que si fallo en el cumplimiento en cualquier aspecto de las Normas, que estaré sujeto a sanciones, incluyendo hasta la terminación inmediata de mi empleo con la Compañía.

Comprendo que las Normas no representan y no constituyen un contrato de empleo entre la Compañía y yo. También comprendo que mi empleo con la Compañía es “voluntario,” y que yo o la Compañía puede terminar mi empleo con la Compañía en cualquier momento, con o sin razón alguna. También comprendo que ningún supervisor o gerente tiene la autoridad de hacer declaraciones ni representaciones a mi persona de cambios o conflictos con la condición voluntaria de mi empleo con la Compañía, o de cambios o conflictos con cualquiera de las provisiones de las Normas de Abuso de Sustancias. Comprendo que la condición voluntaria de mi empleo con la Compañía puede ser modificada solo con un expreso acuerdo escrito y firmado por el presidente de la Compañía.

Comprendo que las Normas de Abuso de Sustancias reemplazan y revocan todas las prácticas anteriores, procedimientos, políticas, y otros estatutos de la Compañía, ya sea escrito u oral, que modifiquen, complementen, o estén en conflicto con las Normas. También comprendo que las Normas pueden ser enmendadas en cualquier momento.

Firma Del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleado (Letra de Imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre Del Compañía de Cliente: \_\_\_\_\_





# Cuestionario de Apoyo Infantil

Acuerdo a los Estatutos Revisados de Arizona # 23-722,02 todos los empleadores están obligados a pedir a cada nuevo empleado si están sujetos a las órdenes de manutención de niños o retenciones salariales.

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

¿Está sujeto a una orden de de manutención infantil o la retención de salarios?:

Yes      No

Si usted está sujeto a una orden de de manutención infantil o en una retención de salario, se requiere que proveer un copia a su empleador. Esta estatua se aplica a cualquier empleado que es contratado, contratado de nuevo o regresa de una ausencia sin sueldo.

Por favor envíe este formulario junto con las órdenes de manutención infantil o retenciones salariales a su empleador.

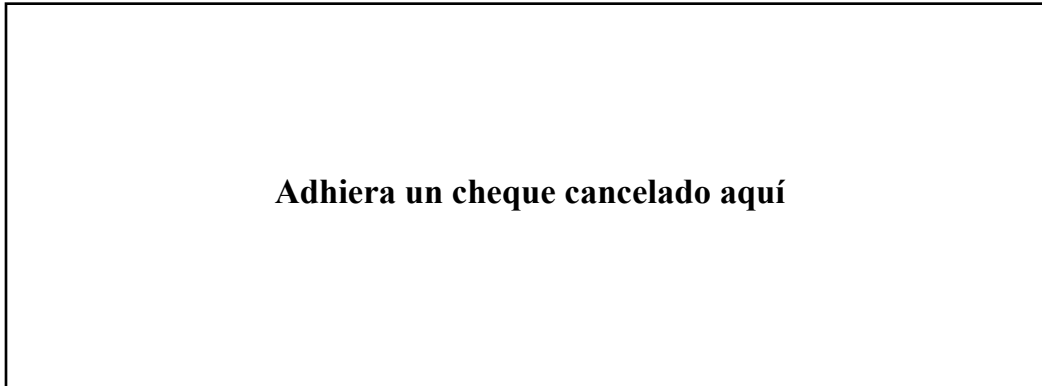
Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Forma de Depósito Directo

*Favor de completar y enviar esta forma vía fax a National PEO, LLC*

Favor de completar la forma siguiente para asegurar una matriculación rápida y exacta. Una vez completada envíe esta forma vía fax a National PEO al número 480.945.1525 con un cheque cancelado adherido en la forma presente; favor de no adherir una ficha de depósito. La ficha de depósito no contiene toda su información bancaria. Si usted desea utilizar una cuenta de ahorros o no tiene un cheque cancelado, contacte a su banco y pida una carta que incluya su información bancaria.



**Adhiera un cheque cancelado aquí**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_\_

Nombre de su institución financiera: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Cuenta de Cheques**

**Cuenta de Ahorros**

Número de Transito: \_\_\_\_\_

Número de Transito: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Cantidad de depósito (% o \$): \_\_\_\_\_

Cantidad de depósito (% o \$): \_\_\_\_\_

National PEO ofrece un servicio llamado NPower que da a los empleados el acceso a sus talones de cheques de nómina y otra información en línea. Más información está disponible en nuestro sitio web en [www.nationalpeo.com](http://www.nationalpeo.com). Si está disponible para su empresa, ¿le gustaría inscribirse?

Sí, me gustaría ver más talones de cheques y otros datos de nómina en línea.

No, me gustaría recibir talones de cheques de papel

Autorizo a National PEO, LLC y la institución financiera anterior para acreditar mi cuenta (s) para el depósito directo y, sincesario, para iniciar los débitos o ajustes de los créditos realizados incorrectamente. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que haya cancelado el depósito directo por escrito a National PEO. Entiendo que mi terminación voluntaria o involuntaria anula eficazmente el depósito directo y si se restablece el empleo, se debe proporcionar una nueva forma.

\*\* Los depósitos directos se envían electrónicamente a nuestra institución financiera que procesa a través del Centro de Información del Banco de la Reserva Federal. Su banco a continuación, los mensajes de la nómina de pago a su cuenta. Es su responsabilidad verificar que su banco ha recibido los fondos!

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Teléfono: 480.429.8098**

**Fax: 480.945.1525**

**[www.nationalpeo.com](http://www.nationalpeo.com)**

## Nuevas Opciones de Cobertura en el Mercado de Seguros Médicos y Su Cobertura Médica

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo Mercado.

### ¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El mercado ofrece "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguros de salud privados. Usted también puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su cuota mensual inmediato. Inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del mercado comienza el 15 de noviembre para la cobertura de comenzar el mes de enero siguiente 1.

### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura médica que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

### ¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 por ciento del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario. Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

**Nota:** Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto a impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

### ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con **Nancy Myer, Director of Benefits, National PEO LLC**, (480) 422-1527 or [nmyer@nationalpeo.com](mailto:nmyer@nationalpeo.com).

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.