



NUEVO FOLLETO DE ALQUILER

Nombre del Cliente:

Habla a:

Ciudad Estado Código Postal

Nombre de empleado:

Apellido

Nombre de pila

Firma del empleado:

Correo electrónico del empleado:

Fecha:



BIENVENIDOS

Esta compañía es un patrono con igualdad de oportunidad de empleo. No discriminamos a ningún empleado por distinción de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, incapacidad o estado civil. Le aseguramos que su oportunidad de empleo con este patrono dependerá únicamente de sus calificaciones. La compañía también acomoda a personas con incapacidades, y creencias religiosas.

Instrucciones para empleados:

1. Completar la aplicación en su totalidad
2. Este manual requiere que sea completado, firmado y procesado
 - a. Certificado de empleado
 - b. I-9 Certificado de elegibilidad de empleo
 - c. W-4 Certificado de retención
 - d. IL & PA W-4 Certificado de retención (si aplica)
 - e. Certificado de políticas libre de drogas
 - f. Certificado de acoso sexual
 - g. Reglas de seguridad
 - h. Formulario de depósito directo
 - i. Políticas y procedimientos
 - j. Acuerdo de confidencialidad (si aplica)

Instrucciones de manejo:

1. Confirmar que la certificación sea firmada por el empleado
2. Verificar que la forma I-9 (elegibilidad del empleado) sea verificada y autorizada por el representante autorizado (ver sección 2 página 2)
3. Confirmar visualmente y sacar copia de la elegibilidad del empleado (pasaporte, licencia, SS, tarjeta de identificación)
4. Confirmar que sea completado y firmado el certificado de retención federal
5. Confirmar que sea completado y firmado el certificado de retención federal IL W-4 (si aplica)
6. Confirmar que el empleado firme el documento libre de drogas. Proveerle al empleado los documentos apropiados que la Compañía hace prueba de dopaje
7. Confirmar que el certificado de la política de acoso sexual sea firmado
8. Confirmar que sea firmado el manual de seguridad
9. Si el empleado se acoge el depósito directo, asegurar que emita cheque anulado y firme la forma



CERTIFICACIÓN DEL NUEVO EMPLEADO

Afirmo y certifico que se me ha hecho una oferta de empleo, condicionada a la finalización satisfactoria de este manual de nuevas contrataciones y que toda la información proporcionada en este documento con la Compañía es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Me comprometo a cumplir con todas las pólizas, procedimientos y normas de seguridad de la Compañía.

Entiendo que si soy contratado, mi empleo en la Compañía no será por un término específico y puede ser cancelado por mí o por la Compañía sin previo aviso o causa en cualquier momento. Además, entiendo que ninguna promesa oral, póliza de la Compañía, procedimientos proactivos de negocios personalizados u otro procedimiento (incluido el Manual del Empleado de la Compañía o cualquier manual de personal) constituirá un contrato de empleo o una modificación de la relación de empleo a voluntad entre la Compañía y yo.

Reconozco que como condición de empleo, la Compañía tiene derecho y puede requerir pruebas de drogas y alcohol. Las pruebas serán a cargo de la Compañía. Estoy de acuerdo en someterme a tales pruebas si me lo piden.

Estoy de acuerdo en cumplir con la dirección y supervisión de la gerencia con respecto a la operación diaria de mis tareas, que incluyen, entre otras, la determinación de mis salarios o niveles salariales, evaluaciones de desempeño, programación, promociones, transferencias y beneficios..

Apellido

Primer Nombre

Firma del empleado

Fecha:



INFORMACIÓN DEL EMPLEADO
(para ser completado por el empleado):

Nombre de Empleado: _____
Apellido Primer nombre M.I.

Habla a: _____
Apto. #

Teléfono: _____
Ciudad Estado Código Postal

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____
mm/dd/yyyy

Número de carnet de conducir: _____ Fecha de vencimiento de DL: _____
mm/dd/yyyy

Licencia estatal retenida: _____

Género: Masculino Hembra

Raza: Blanco Afroamericano Hispano Asiático / isleño del Pacífico
American Indian

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Contacto primario: _____ Relación: _____

Contacto principal: _____ Teléfono móvil: _____

Contacto secundario: _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (a completar por el empleador):

Nombre de empresa: _____ Título profesional: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de inicio: _____

Tarifa de pago: _____ Estado: _____

División: _____ Código WC: _____



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

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

► **EMPIECE AQUÍ:** 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 <i>(Vea las instrucciones)</i>	
<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. <i>(Vea las instrucciones)</i> <i>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</i>	
1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/>	Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio
2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/>	
3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____ ▼	

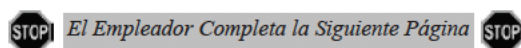
Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

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
 Expira 10/31/2022

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

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

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (<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		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Información Adicional </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio </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).*

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontractación (si aplica)	
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
--	---------------------------	---

LISTAS DE DOCUMENTOS ACCEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

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

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 la 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 la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el 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 los 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 una 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 Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo 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 los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional

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

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

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

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 la 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 la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el 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 los 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 una 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 Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo 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 los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional

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

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

2020

Paso 1: Anote su información personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)	▶ ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)	
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta (o Viudo que reúne los requisitos) <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Instrucciones Generales

Acontecimientos Futuros

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

Propósito del Formulario

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

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

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

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

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

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

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

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

Instrucciones Específicas

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

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

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

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



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

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

Paso 4 (opcional).

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

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

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

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

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

Soltero o Casado que presenta una declaración por separado

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

Cabeza de familia

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

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



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

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

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

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



- 1 Anote una estimado de sus deducciones detalladas de 2020 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040 o 1040-SR)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios calificados, contribuciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos 1 \$ _____
- 2 Anote:

}	<ul style="list-style-type: none"> • \$24,800 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos • \$18,650 si es cabeza de familia • \$12,400 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. 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 o 1040-SR)). Vea la Publicación 505 para más información 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) 5 \$ _____

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

estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

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

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

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

VERSION EN ESPAÑOL

Para Poner en Pizarrón o Área Accesible y Visible Para Todos

(**IMPORTANTE:** Para Uso Oficial Solamente Se Puede Usar la Versión en Inglés de "IRS Form 8850")

Form **8850**
(Rev. January 2013)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

OMB No. 1205-0371

► [Vea Instrucciones en Ingles](#)

Solicitante de Trabajo: Llene los siguientes blancos y marque con una (X) los encasillados que apliquen. Llene sólo esta página.

Su Nombre _____ Número de Seguro Social ► _____

Dirección de la Calle Donde Usted Vive _____

Pueblo/Ciudad y Código Postal _____

Condado _____ Número de su Teléfono () _____

Si usted es menor de 40 años escriba su fecha de nacimiento aquí (mes, día, año) ____ / ____ / ____

- 1 Marque aquí con una X si Usted recibió una Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local como elegible para participar en el Programa WOTC.
- 2 Marque aquí con una X si una de las siguientes situaciones le aplican a Usted.
- Soy miembro de una familia que ha recibido "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) o beneficios de un programa sucesor durante cualquier periodo de 9 meses en los últimos 18 meses.
 - Soy veterano y miembro de una familia que recibió beneficios del Programa Suplementario de Alimentación Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos o Programa de "Pan y Trabajo" en Puerto Rico) por lo menos durante un periodo de 3-meses dentro de los últimos 15 meses.
 - Fui referido aquí por una Agencia de Rehabilitación Vocacional, la Administración de Asuntos de Veteranos o por una agencia conocida como "Employment Network" del programa Ticket to Work.
 - Tengo por lo menos 18 años pero soy menor de 40 años y soy miembro de una familia que:
 - a. Recibí beneficios del Programa SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) durante los últimos 6 meses, **o**
 - b. Recibí beneficios de SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, **PERO** ya mi familia **NO** es elegible para recibir estos beneficios.
 - Durante el año pasado, fui convicto por cometer una felonía/delito o salí libre de la cárcel.
 - Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplementario" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.
 - Soy veterano y estuve desempleado por un periodo de por lo menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el año pasado.
- 3 Marque aquí con una X si Usted es un veterano y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.
- 4 Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, **y** fue dado de baja del Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA en el pasado año
- 5 Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, **y** estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.
- 5 Marque aquí con una X si Usted es un miembro de una familia que:
- Recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) por los menos durante los últimos 18 meses consecutivos, **o**
 - Recibió beneficios de TANF durante cualquier periodo de 18 meses comenzando después del 5 de agosto de 1997, y el periodo mas reciente de 18 meses de beneficios recibidos después del 5 de agosto del 1997 termino en los últimos 2 años; **o**
 - Dejó de ser elegible para recibir beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) en los últimos 2 años porque una ley Federal o estatal redujo el periodo máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar

Bajo penalidad de perjurio, declaro que ofrecí esta información al patrono en o antes del día en que se me ofreció empleo, y es verdadera, correcta y completa.

Firma del Solicitante ► _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Para Uso del Patrono Solamente

Nombre del Patrono _____ No. de Teléfono (____) _____ EIN _____

Dirección _____

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal _____

Nombre del Representante Si Distinto al del Patrono _____ No. de Teléfono _____

Dirección _____

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal _____

Si de acuerdo a la edad y dirección del individuo, Ud. cree que este individuo es miembro del grupo 4 o 6 (según se describe en la sección de definiciones bajo **"Members of Targeted Groups"** (Miembros de los Grupos) en las instrucciones en Inglés para llenar esta forma) llene el siguiente blanco con el número (4 o 6) de acuerdo con el grupo a que pertenezca este individuo..... ► _____

FECHA EN QUE EL SOLICITANTE:

Fue Entrevistado: _____ Se le Ofreció Trabajo: _____ Fue Contratado _____ Comenzó a Trabajar _____

Bajo penalidad de perjurio, declaro que llené esta forma en o antes del día en que le ofrecí empleo a este individuo y que la información aquí suministrada es verdadera, correcta, y completa. De acuerdo con la información suministrada por el individuo, creo que el/ella es miembro(a) de uno de los grupos bajo el programa WOTC.

Firma del Patrono ►

Título

Fecha: / /



Nota: Para información sobre **"Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice"** e instrucciones en Inglés sobre como llenar esta forma, lea: *"Instructions for IRS Form 8850, (Rev. January 2013"* y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.



RESUMEN DE LA POLÍTICA DEL LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS

En un compromiso para salvaguardar la salud de nuestros empleados y para proporcionar un entorno de trabajo seguro, hemos establecido una Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas para nuestra compañía. Esta póliza se establece de acuerdo con los requisitos del programa de Lugar de Trabajo Libre de Drogas bajo las leyes y regulaciones estatales aplicables y la Norma 49 CFR del Departamento de Transporte, Procedimientos para Pruebas de Drogas en el Lugar de Trabajo de Transporte. El contenido de estas pautas de drogas y alcohol se presentan como declaraciones de la póliza actual de la compañía y pueden ser modificadas y actualizadas por la compañía según sea necesario. Estas pautas no pretenden crear un contrato entre la compañía y ningún empleado. Nada en estas pautas vincula a la compañía con un período específico o definido de empleo o con pólizas, procedimientos, acciones, reglas, términos o condiciones de empleo específicos. Los detalles de esta póliza se pueden obtener de la gerencia.

Partes esenciales de la póliza:

- El cumplimiento de esta póliza es una condición para el empleo continuo.
- Esta póliza prohíbe la venta, posesión, uso, fabricación o distribución de drogas, parafernalia de drogas o alcohol mientras trabaja para o en propiedad asignada o de propiedad de la compañía, o mientras opera cualquier vehículo, maquinaria o equipo propiedad o arrendado por la compañía.
- Es una violación de esta póliza declarar que funciona si se encuentra que hay drogas o alcohol presentes en su sistema o por encima del nivel prescrito por las reglas de prueba de drogas.
- Es una violación de esta póliza informar al trabajo, regresar al trabajo o permanecer en el trabajo con el olor a alcohol en su respiración, independientemente de si está o no intoxicado actualmente.

Pruebas de empleados:

- Prueba de sospecha razonable: los empleados pueden ser examinados cuando existe una sospecha razonable de que el empleado está usando o ha usado drogas mientras realiza sus tareas asignadas.
- Pruebas de aptitud para el trabajo de rutina: es posible que se requiera que los empleados como condición de empleo continuo se realicen pruebas de detección de drogas si la prueba se realiza como parte de un examen médico de rutina para el servicio.
- Post - accidente /incidente de la prueba: Empleado que causan o contribuyen a un accidente puede ser obligado a someterse a una prueba de drogas. Los empleados, mientras están en el trabajo, quienes sufren lesiones que requieren tratamiento médico más allá de los primeros auxilios pueden someterse a pruebas de drogas.
- Pruebas de seguimiento: empleados que han sido determinados a haber consumido drogas o alcohol y son retenidos por la compañía estarán sujetos a pruebas de drogas de seguimiento no anunciadas al menos una vez al año por un período de hasta 2 años.
- Pruebas adicionales: Las pruebas adicionales, incluidas las pruebas aleatorias, también se pueden realizar según lo exijan las leyes, normas o reglamentos estatales o federales aplicables, o según lo considere necesario la compañía.

Acción disciplinarian:

- La compañía puede suspender a los empleados sin pago bajo esta póliza en espera de los resultados de una prueba o investigación de drogas.
- En el caso de una violación por primera vez de esta póliza, cuando un empleado tiene un resultado positivo de prueba de alcohol o drogas, (sin evidencia de uso, venta, distribución, dispensación o compra de drogas o alcohol en propiedad de la compañía o mientras está en deber), el empleado será subarrendado para disciplinar hasta e incluyen do el despido.
- Cualquier empleado que tenga una segunda violación de cualquiera de las partes de esta póliza será despedido.
- Cualquier empleado que use, venda, compre, o distribuya drogas o alcohol mientras esté de servicio o mientras se encuentre en propiedad de la compañía será despedido.
- A un empleado que se niega a someterse a la detección de drogas se le puede negar el empleo continuo.
- Un empleado que se niega a cooperar con un puesto de detección de drogas - accidente estará sujeto a disciplina hasta e incluyendo el despido.
- A un empleado lesionado en un accidente de trabajo que ha confirmado un resultado de prueba positivo se le puede negar la elegibilidad para recibir beneficios médicos y de indemnización según lo estipulan las leyes de compensación de trabajadores aplicables.
- A un empleado que se le da de baja del servicio basado en una prueba positiva confirmada se le negará y posiblemente rechazará su reclamación de beneficios de compensación por desempleo.



RESUMEN DE LA PÓLIZA DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS

Derechos y responsabilidades de los empleados:

- A cada empleado se le dará una oportunidad, tanto antes como después de la detección del uso de drogas, para informar de manera confidencial al Oficial de Revisión Médica asignado el uso de medicamentos recetados y / o sin receta que puedan alterar o afectar los resultados de una prueba.
- Los empleados tienen el derecho, previa solicitud por escrito, de recibir una copia del resultado de la prueba de drogas.
- Los empleados tienen el derecho de consultar al Oficial de Revisión Médica (MRO, por sus siglas en inglés) para obtener información técnica sobre medicamentos recetados y sin receta. Las direcciones de los MRO se pueden obtener de la gerencia.
- Un empleado que está utilizando la prescripción y / o medicamentos de venta sin receta que puede afectar a la capacidad del empleado para trabajar con seguridad deberá informar el uso de medicamentos a su supervisor o de gestión antes de iniciar cualquier trabajo - actividad relacionada. Esta notificación se mantendrá estrictamente confidencial, pero el hecho de no notificar a su supervisor o a la gerencia puede resultar en una acción disciplinaria.
- Toda la información, entrevistas, informes, memorandos de declaraciones y resultados de pruebas de drogas, escritos o no, recibidos por la compañía como parte de este programa de pruebas de drogas son comunicaciones confidenciales. A menos que lo autoricen las leyes, normas o reglamentos estatales o federales, la compañía no divulgará dicha información sin un formulario de consentimiento por escrito firmado voluntariamente por la persona examinada.
- Un empleado que recibe un resultado positivo confirmado de prueba de drogas tiene el derecho de impugnar el resultado.
- A un empleado que elige desafiar los resultados de un resultado de prueba positivo confirmado se le puede volver a probar la muestra original en otro laboratorio calificado. Todas las re-pruebas serán a cargo del empleado.
- El empleado tiene la responsabilidad de notificar al laboratorio de pruebas de drogas de cualquier acción administrativa o civil iniciada en relación con los resultados de los medicamentos. El laboratorio mantendrá una muestra hasta que se resuelva el caso de apelación administrativa.
- Hay disponible una lista del Programa de Asistente de Empleado / Programa de Abuso de Sustancias y se proporcionará a solicitud.
- La compañía proporcionará a los empleados un período de capacitación sobre el abuso de sustancias y esta es una póliza de lugar de trabajo libre de drogas.

Firma de acuse de recibo:

Por la presente reconozco que he recibido y leído un resumen de La Póliza de Lugar de Trabajo Libre de Drogas de la Compañía. He tenido la oportunidad de tener este material completamente explicado.

Entiendo que este programa de abuso de sustancias está establecido como un requisito de seguridad de acuerdo con las regulaciones estatales aplicables. El programa incluye pruebas de rutina de orina, cabello, sangre u otras muestras autorizadas para determinar la presencia de drogas ilegales. La compañía o sus agentes pueden realizar estas pruebas en cualquier momento para determinar que los empleados cumplan con los requisitos necesarios para el empleo y el empleo continuo. También entiendo que la política del lugar de trabajo libre de drogas y los documentos relacionados no pretenden constituir un contrato entre la compañía y yo.

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido, autorizado y acepto la declaración anterior y cualquier apéndice adjunto y, por la presente, participo voluntariamente en el programa de pruebas de abuso de sustancias.

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Fecha



POLÍTICA DE ACOSO

Propósito:

Estamos comprometidos a mantener un ambiente laboral libre de acoso por motivos de raza, credo, religión, género, sexo, origen nacional, edad, estado civil, orientación sexual, o discapacidad. No toleraremos el acoso al personal por parte de un supervisor, compañero de trabajo, proveedor, cliente o cualquier otra persona. El lugar de trabajo y el acoso sexual pueden violar uno o más de los siguientes:

- Título IV de la Ley de Derechos Civiles de 1964.
- Ley de Empleo por Discriminación por Edad
- Acta de Americanos con Discapacidades

Cualquier empleado que se involucre en acoso sexual u otro acoso ilegal viola esta política y la ley y será disciplinado hasta e incluyendo la terminación inmediata.

Pautas:

El acoso es una conducta verbal o física que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo debido a su raza, color, credo, religión, género, origen nacional, edad, estado civil o discapacidad cuando:

1. Tiene el propósito o efecto de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo
2. Tiene el propósito del efecto de interferir sin razón con el desempeño laboral de un individuo; o
3. De lo contrario, afecta negativamente a las oportunidades de empleo de un individuo.

Los ejemplos de acoso inapropiado y prohibido incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Epítetos, insultos, estereotipos negativos o actos amenazantes, intimidantes u hostiles relacionados con la raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad; y,
2. Material escrito o gráfico que denigra o muestra hostilidad hacia un individuo o grupo debido a su raza, color, religión, género, origen nacional, edad, estado civil, preferencia sexual o discapacidad y se coloca en paredes, tableros de anuncios o en cualquier otro lugar en los locales de la empresa o circularon en el lugar de trabajo. Esto también incluye actos que pretenden ser "bromas", pero que son hostiles o degradantes, como correos de odio, amenazas, fotografías desfiguradas u otras conductas similares.

Los avances sexuales, la solicitud de favores sexuales y cualquier otra conducta física, verbal o visual de naturaleza sexual constituyen acoso sexual cuando:

1. La sumisión a la conducta es un término o condición explícita o implícita de empleo o empleo continuo;
2. La sumisión o rechazo de la conducta se utiliza como base para las decisiones de empleo que afectan a un empleado, como una promoción, degradación o evaluación;
3. La conducta tiene el propósito o el efecto de interferir razonablemente en el desempeño laboral o de crear un ambiente laboral intimidante, hostil u ofensivo.

El acoso sexual puede incluir, pero no se limita a, proposiciones sexuales no deseadas; insinuaciones sexuales, comentarios sugestivos; Comentarios, gestos o conducta vulgar o sexualmente explícita; bromas, bromas o bromas prácticas orientadas al sexo; y el contacto físico, como rozar el cuerpo de otra persona, pellizcar o palmear. El acoso sexual y en el lugar de trabajo puede estar presente cuando el objetivo de la conducta no es ofendido, pero otros consideran que la conducta es intimidante, hostil o abusiva.



Todo el personal es responsable de ayudar a garantizar que la Compañía se mantenga libre de todo tipo de acoso. Si alguna persona experimenta o es testigo de acoso en el lugar de trabajo, tiene la obligación afirmativa de informar dicha conducta a su supervisor, al Presidente de la Compañía o a Recursos Humanos. No se espera que los empleados denuncien el acoso a una persona que creen que lo está acosando. En esas situaciones, reporte la conducta al Departamento de Recursos Humanos o al Presidente de la Compañía.

Todas las quejas de acoso se mantendrán confidenciales en la medida de lo posible, de manera consistente con la realización de una investigación completa y justa. El personal que viole la confidencialidad está sujeto a disciplina inmediata. Las comunicaciones se harán a otros solo en base a una "necesidad de saber" limitada. No habrá represalias contra ningún empleado por presentar quejas de acoso laboral, a menos que se demuestre que dicha acusación es intencionalmente falsa.

Nos comprometemos a investigar de manera rápida y exhaustiva todas las quejas de acoso. Si, después de una investigación exhaustiva, se determina que se ha producido el acoso, se tomarán medidas disciplinarias inmediatas y apropiadas hasta el alta para poner fin al acoso. Se tomarán los pasos de seguimiento apropiados para garantizar que el acoso se haya detenido. En el caso de que un empleado no esté satisfecho con los resultados de la investigación, el empleado puede apelar por escrito a un ejecutivo superior de la compañía.

Firma de acuse de recibo:

Entiendo que la Compañía no tolerará el abuso sexual y otras formas de acoso ilegal. Entiendo que tengo la obligación afirmativa de denunciarlo. También entiendo que el acoso ilegal es motivo de acción disciplinaria hasta e incluyendo el despido inmediato.

Nombre del beneficiario (impreso)

Firma de Employee

Fecha



FORMULARIO DE DEPÓSITO DIRECTO

Nombre de empleado: _____ SSN: _____

Empresa cliente: _____

Yo autorizo al department de nomina a iniciar entradas de credito, debito o ajustes para cualquier entrada de crédito por error en la cuenta que se indica a continuación, (DEPÓSITO):

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Segunda firma: _____ Fecha: _____

Información del Banco:

Nombre del banco: _____ Teléfono del banco: _____

Dirección del banco: _____

No. de transito: (ABA numero de ruta) _____

de Cuenta de Cheque: _____ Cantidad depositada: _____

de Cuenta de Ahorro: _____ Cantidad depositada: _____

Dónde encontrar su número de ruta ABA y número de cuenta

Joe Smith **1234**
1234 Anystreet Court
Anycity, AA 12345

Pay to the order of _____
_____ Dollars

123456789 | **123456789123** || **1234**

Número de ruta bancaria **Número de cuenta bancaria** **Número de cheque (no usar)**

Favor de adjuntar:

1. Cheque anulado o copia del cheque anulado de cualquier cuenta de cheque listada arriba. Favor de no adjuntar hoja de deposito, por que el numero de cuenta no es el mismo de numero de cheque.
2. Hoja de deposito para la cuenta de ahorros o una carta del banco con la informacion necesaria para a ser depositio directo en es cuenta.

Favor de notar:

Es responsabilidad del empleado notificar a LA COMPAÑÍA siempre que haya algún cambio en la información de la cuenta bancaria, incluyendo cualquier cambio en el número de ruta del banco, esto producirá un cheque en vivo hasta que la cuenta pueda ser verificada.



REGLAS DE SEGURIDAD

Estas pautas de seguridad se proporcionan para su información y educación. Su objetivo es proporcionarle información básica de seguridad que lo ayudará a evitar lesiones mientras realiza sus actividades diarias.

DIRECTRICES GENERALES DE SEGURIDAD

1. Es importante que todos los empleados informen todas las lesiones relacionadas con el trabajo a su supervisor inmediato tan pronto como sea posible después de que se den cuenta de la lesión.
2. Todos deben tener mucho cuidado y consideración en el desempeño de sus deberes para asegurarse de que no causen lesiones a otros o creen riesgos laborales que podrían causar lesiones a otros.
3. Nadie debe tratar de levantar o mover objetos pesados /voluminosos que podrían causar lesiones en la espalda u otras partes del cuerpo. Se le solicita que busque ayuda.
4. Las herramientas personales, el equipo, los cables de extensión, los productos químicos o los calentadores eléctricos no deben ponerse en funcionamiento sin la autorización de la gerencia.
5. Cuando tenga conocimiento de un defecto en la instalación o en el equipo, infórmelo al administrador de la instalación para que tome las medidas correctivas adecuadas. El no informar las condiciones defectuosas puede causar lesiones.
6. Nunca intente reparar equipos o aparatos eléctricos mientras esté en servicio. Etiquétalos fuera de servicio y notifica a la autoridad apropiada para afectar la reparación.
7. Los gabinetes pueden ser muy peligrosos si se usan incorrectamente. Abrir dos cajones simultáneamente puede hacer que un gabinete se caiga al piso. Siempre que sea posible, los gabinetes deben atornillarse en conjunto, asegurarlos al piso o pared.
8. Los líquidos inflamables siempre deben almacenarse en recipientes apropiados y cerrados. Los suministros grandes deben almacenarse en gabinetes aprobados por UL o otros medios apropiados descritos por el Departamento de Bomberos. Los líquidos inflamables nunca deben dejarse desatendidos.
9. Los objetos pesados deben almacenarse en estantes inferiores, mientras que los más ligeros y menos peligrosos pueden almacenarse en los estantes medios y superiores.
10. Las estanterías, los gabinetes de almacenamiento y otras áreas de almacenamiento elevadas deben estar bien aseguradas.
11. Los muebles defectuosos, las alfombras gastadas, las sillas defectuosas, los pasamanos sueltos u otros defectos de las instalaciones que podrían contribuir a un accidente deben informarse a los servicios del edificio para que tomen las medidas correctivas adecuadas.
12. Todos deben tomarse un tiempo para ser educados con respecto a los procedimientos de emergencia.

TÉCNICAS DE ELEVACIÓN APROPIADAS

1. **POSTURA:** Su espalda y cuello tienen curvas naturales que deben mantenerse flexibles. Una buena postura mantiene esas curvas y reduce el estrés en los músculos, los ligamentos y los discos que absorben los golpes entre los huesos de la columna vertebral.
2. **PLAN:** Levante mentalmente primero, planifique su ruta y el lugar donde colocará la carga. Cuando la carga sea pesada o voluminosa, busque ayuda. Pedir a un compañero de trabajo o utilizar equipos para facilitar la tarea (por ejemplo, mecánica elevadora, carretilla, etc.).
3. **LEVANTAMIENTO:** Establezca una buena posición al acercarse al objeto que pretende levantar. Dobra tus rodillas, no tu espalda, y agárrate bien. Planea sostener el objeto cerca de tu cuerpo. Aprieta tu estómago mientras levantas. Levante suavemente con sus piernas, no su espalda.
4. **MOVIMIENTO:** Párese derecho mientras mueve el objeto. No tuerza su cuerpo mientras levanta; más bien, gira los pies. Mantén tu equilibrio. Si tienes un problema, pide ayuda. Esté seguro de su paso y camino.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS PAUTAS DE SEGURIDAD. SIEMPRE MANTENERÉ PRÁCTICAS DE TRABAJO SEGURO COMO SE ESCRIBIÓ ANTERIORMENTE Y REPORTARÉ INMEDIATAMENTE CUALQUIER INFACCIÓN A MI SUPERVISOR.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____