



## DOCUMENTOS DE REGISTRO DE EMPLEADOS

### PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Como aparece en su tarjeta de seguridad social.

Núm. Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Nombre Predilecto: \_\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

EEO Disclosure:  Hispano o Latino  Blanco  Negro o Afroamericano  Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico  
 Asiático or Oriente Medio  Indio Americano o Nativo de Alaska  Dos o más razas: \_\_\_\_\_

### PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

Nombre Cliente / Patrón del Sitio de Trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha Contratación EE: \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_ Estado:  Empleado Nuevo  Transferencia  Re-Contratado (Fecha Contratación Original: \_\_\_\_\_)

Periodo Pago:  Semanal  Por Quincena  Mensual  Cada dos Semanas Código Clase Compensación Trabajador: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Clasificación de Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ División: \_\_\_\_\_

# Normal de Horas por Semana: \_\_\_\_\_ FLSA Estado: \_\_\_\_\_ Método y Cantidad de Pago: \_\_\_\_\_  
 Tiempo-Completo\*  Tiempo-Parcial  Exento  Por Hora \$ \_\_\_\_\_  Propina  
 Temporal  No-Exento  Salario \$ \_\_\_\_\_  Comisión  Por Artículo  
\*A tiempo completo es de 30+ horas por semana

Firma Cliente / Patrón del Sitio de Trabajo Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN EMPLEADO

#### SECCIÓN I- DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO

NOTIFICACIÓN AL SOLICITANTE: El Cliente / Patrón del Sitio de Trabajo ("WSE") arriba indicado ha entrado en un Acuerdo de Servicio de Cliente ("CSA"), con la Progressive Employer Management Company o "PEMCO," quien es una subsidiaria de Pemco Jobs, Inc. PEMCO es una organización profesional de empleos, y al aceptar su solicitud en la manera descrita en el CSA, a usted se le designará trabajar para el WSE arriba citado y será co-empleado por PEMCO y su WSE. La subsidiaria específica de Pemco Jobs, Inc. de la cual usted será co-empleado será identificada en sus cheques de pago. Sin embargo, en ningún caso se le considerará co-empleado por PEMCO por cualquier período de pagos en el cual su WSE no informe sobre su nómina de horas o jornal a PEMCO.

De acuerdo con el CSA, PEMCO suministrará la administración de nóminas y realizará varias otras funciones y responsabilidades del patrón. Durante su coempleo por PEMCO, usted trabajará diariamente en el sitio de trabajo bajo la supervisión, control y administración de su WSE. Su WSE también determinará la cantidad del jornal o salario que se le pagará. Su WSE tiene que cumplir con todas las leyes locales, estatales y federales relacionadas con su empleo, incluyendo sin limite, todas las leyes de jornales y por horas, leyes de seguridad y salud ocupacional, leyes de oportunidades iguales de empleo, y leyes contra la discriminación.

Si usted es co-empleado por PEMCO, su empleo estará sujeto a un período de pruebas de 90 días. Adicionalmente, su empleo con PEMCO es "a voluntad" y puede ser terminado por PEMCO en cualquier momento con o sin causa (al menos que y sujeto a lo prohibido por las leyes aplicables). Si se termina el CSA entre su WSE y PEMCO por cualquier razón, su empleo con PEMCO también será terminado en la fecha de tomar efecto la terminación del CSA al menos que usted sea asignado por PEMCO para trabajar con otro WSE de PEMCO. Si se termina su empleo con PEMCO, dependerá de su WSE el determinar si usted continuará o no como un empleado de su WSE, y si su WSE escoge continuar su empleo, su WSE será el único responsable por todas las responsabilidades relacionadas con el patrón. Si su WSE no realiza el pago a PEMCO como es requerido en el CSA, la responsabilidad de PEMCO a usted, de haber alguna, es de pagarle sus jornales durante cualquier período durante el cual usted es empleado por PEMCO y será limitado al pago del salario mínimo aplicable (o el salario o tiempo extra legalmente requerido en una semana de trabajo en la cual usted haya trabajado horas extras).

## SECCIÓN 2: NOTIFICACIÓN SOBRE REGLAS DE SEGURIDAD

1. Cumpla con todos los reglamentos, reglas y leyes de seguridad locales, estatales y federales aplicables.
2. Informe sobre TODAS las lesiones o hechos peligrosos a su supervisor de INMEDIATO. Excepto en casos de emergencia, su Supervisor tiene que notificarle a PEMCO para que cualquier tratamiento sea autorizado. Informe sobre todos los accidentes de trabajo durante el mismo día en que ocurran.
3. El uso o tenencia de bebidas estupefacientes, drogas, armas de fuego u otras armas está prohibido y puede ser la causa para una terminación inmediata.
4. Equipo de protección personal, i.e., zapatos de trabajo, gafas protectoras, guantes de hule, guantes para hornos, etc. serán utilizados en todo momento cuando sus actividades de trabajo y el ambiente así lo requieran.

## SECCIÓN 3: POLÍTICA DE HOSTIGAMIENTO SEXUAL

El hostigamiento sexual es una manera de discriminación sexual prohibido por Acápites VII de la Ley de Derechos Civiles del 1964. La política de PEMCO es la de no condonar o permitir el hostigamiento sexual. El hostigamiento sexual incluye los avances sexuales o solicitudes de favores sexuales no solicitados, conducta física o verbal de una naturaleza sexual no solicitada, o cualquier otra conducta sexual no solicitada que tiene el propósito o efecto de interferir de una manera no razonable con el rendimiento de trabajo de la persona afectada, o creando un ambiente de trabajo ofensivo, hostil, o de intimidación. Adicionalmente, se considera como hostigamiento sexual el indicar que la sumisión a o el rechazo de una conducta sexual no solicitada es explícitamente o implícitamente una condición de empleo, o utilizar la sumisión a o el rechazo de dicha conducta como un fundamento de una decisión de empleo que afecta la persona sometiendo o rechazando la conducta. Cualquier empleado que considera que pueda haber sido sometido a un hostigamiento sexual deber notificarle a su Supervisor de inmediato y notificar al Departamento de Recursos Humanos de PEMCO en el 1-888-925-2990. Todas las acusaciones alegadas de hostigamiento sexual serán investigadas rápidamente y de manera completa y la acción apropiada para remediarlo será tomada de acuerdo a las circunstancias específicas de la situación. Todas las investigaciones de acusación de hostigamiento sexual y otros tipos de discriminación son estrictamente confidenciales. Las leyes federales, estatales y locales prohíben el tomar una acción de empleo adversa en retaliación por informar sobre un incidente de hostigamiento sexual u otros tipos de discriminación. Cualquier persona que, después de una investigación completa de cualquier acusación de hostigamiento sexual es hallada como haber cometido un acto de hostigamiento sexual, será disciplinada y, en situaciones apropiadas, su empleo será terminado.

## SECCIÓN 4: POLÍTICA DE HOSTIGAMIENTO EN EL SITIO DE TRABAJO

PEMCO así como el cliente al cual usted ha sido asignado están comprometidos en ofrecer un ambiente de trabajo que está libre de discriminación y hostigamiento. Nosotros no toleramos ninguna forma de hostigamiento, ya sea que se origine con los supervisores, compañeros de trabajo, o cualquier otra persona. Un empleado hallado culpable de cometer cualquier acto de hostigamiento puede ser disciplinado, o donde sea apropiado, terminado sin notificación previa. El hostigamiento incluye conducta verbal o física que denigra o muestra hostilidad o aversión hacia un individuo por su raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, estado civil, discapacidad o cualquier otra característica protegida por la ley y que (1) tiene el propósito o efecto de crear un ambiente de trabajo ofensivo, hostil o intimidante; (2) tiene el propósito o efecto de interferir de manera no razonable con el rendimiento de trabajo de un individuo; o (3) de otra manera afecta de forma adversa las oportunidades de empleo de un individuo. Cualquier empleado que sea sometido a cualquier tipo de discriminación o hostigamiento debe informarlo de inmediato a su Gerente y notificar al Departamento de Recursos Humanos de PEMCO en el 1-888-925-2990. Para obtener ayuda en la resolución de dichos asuntos, yo estoy de acuerdo en permitirle a PEMCO la oportunidad de resolver cualquier reclamación o asunto mediante mediación, arbitraje, u agencia gubernamental antes de buscar una resolución por otros medios.

## SECCIÓN 5: PROGRAMA DEL LUGAR DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS Y ALCOHOL Y CONSENTIMIENTO A EXÁMENES

PEMCO y el WSE al cual usted ha sido asignado (colectivamente llamado en lo adelante como "la Empresa") han establecido un programa del lugar de trabajo libre de drogas y alcohol. La política y programa de la Empresa se detalla en el Manual para Empleados de PEMCO, cuya constancia de haberlo recibido es reconocido más abajo. Es la política de la Empresa que la tenencia, uso, consumo, venta, compra, distribución o fabricación ilegal/no autorizada por cualquier empleado de alcohol o cualquier droga ilegal o drogas obtenidas ilegalmente en el lugar de trabajo, en el local de la Empresa o dentro de sus instalaciones, o cuando se estén operando vehículos de la Empresa dentro o fuera de servicio, o en la realización de trabajos relacionados con la Empresa fuera del local de la Empresa está estrictamente prohibido. Las prohibiciones anteriores son aplicables en todo momento durante el día de trabajo, incluyendo los tiempos para refrigerios y descansos. La Empresa no le permite a ningún empleado reportarse al trabajo o realizar sus responsabilidades en la presencia de drogas ilegales u obtenidas ilegalmente o alcohol en su cuerpo, o estando impedido, o bajo la influencia de cualquier droga ilegal, o alcohol. Para los fines de esta política, "impedido" o "bajo la influencia" significa haber tenido resultados positivos con respecto a los niveles determinantes aplicables al programa de pruebas de la Empresa. La Empresa tampoco le permite a ningún empleado reportarse al trabajo o a realizar sus responsabilidades mientras esté tomando medicamentos recetados o no recetados que estén afectando de manera adversa la habilidad de la persona de realizar sus funciones de trabajo de una manera efectiva y segura. Los empleados tienen que informarle a su supervisor de tales casos, pero no tienen que indicar el medicamento que se está usando, o la condición médica involucrada.

Yo entiendo que de conformidad con el Programa del Lugar de Trabajo Libre de Drogas y Alcohol de la Empresa, como una condición del empleo con la Empresa, se me puede requerir someter una muestra de mi orina, sangre, y/u otra muestra legalmente aprobada para análisis químico. El propósito de este análisis es de determinar la ausencia o presencia de drogas ilegales y/o alcohol. Yo doy mi consentimiento y libremente acepto suministrar una muestra al solicitarlo PEMCO o mi patrón en el sitio de trabajo. Por este medio descargo y eximo de responsabilidad absoluta a la Empresa de cualquier asunto que pueda surgir como resultado de cualquier solicitud de suministrar mis muestras y los análisis de mis muestras. Adicionalmente yo otorgo consentimiento a la divulgación de los resultados de cualquier análisis a la Empresa y entiendo que en el caso de que yo me niegue a someterme a ser probado, rechace aprobar este Consentimiento, o tenga resultados positivos, yo seré sometido a acción disciplinaria que puede incluir la terminación de mi empleo con la Empresa. Yo también entiendo que, en el caso que yo fuera lesionado durante el transcurso y alcance de mi empleo, y me niegue a ser examinado o tenga resultados positivos, yo puedo, en adición a lo anterior, perder todos mis beneficios médicos y de indemnidad de Compensación al Trabajador.

Yo también doy mi consentimiento, que en el caso de resultados positivos confirmados, a la divulgación por la Empresa de dichos resultados a cualquier persona con la necesidad de saberlo con relación a cualquier procedimiento administrativo, demanda judicial u otra acción legal o procedimiento donde los resultados de mis exámenes serían de consideración o de otra manera relevantes al resultado de la acción/procedimiento.

Firma Empleado

Fecha

\*\*Los empleados menores de 18 años de edad necesitan que uno de los padres o su tutor firmen este Consentimiento.

## RECIBO & RECONOCIMIENTO DEL MANUAL PARA EMPLEADOS

Yo, el empleado infrascrito, reconozco mediante mi firma, que he sido informado que yo soy un empleado asignado de PEMCO. Yo estoy en conocimiento de que PEMCO tiene un manual para empleados aplicable a todos los empleados asignados, que se ha publicado una copia del manual para empleados PEMCO en el sitio web de PEMCO y que se me ha suministrado una copia del manual para empleados de PEMCO o que yo he obtenido una copia del mismo del sitio web de PEMCO. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que es de mi responsabilidad el leer y estar en cumplimiento con todas las políticas y directrices contenidas en el manual para empleados PEMCO. Yo entiendo que el manual para empleados PEMCO no establece ninguna relación contractual y que sus disposiciones pueden ser cambiadas en cualquier momento por la gerencia, y que este manual no es una garantía de empleo. Adicionalmente entiendo que mi Patrón del sitio de trabajo también puede establecer políticas y directrices adicionales relacionadas con mi empleo, y es de mi responsabilidad el hacer preguntas a mi Gerente o a PEMCO con relación a las políticas y directrices que yo no entienda.

Firma Empleado

Fecha

# Formulario W-4(SP) (2016)

**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.** Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2016 vence el 15 de febrero de 2017. Vea la Pub. 505, en inglés.

**Nota:** Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

**Excepciones.** Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
- Está ciego o

• Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos.

Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

**Instrucciones básicas.** Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aun más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para 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.

**Cabeza de familia.** Por lo general, puede 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 para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Pub. 501, en inglés, para más información.

**Créditos tributarios.** Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Pub. 505 para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

**Ingresos que no provienen de salarios.** Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, en

inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Pub. 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

**Dos asalariados o múltiples empleos.** Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Para detalles, vea la Pub. 505.

**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 llenar este formulario.

**Revise su retención.** Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Pub. 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2016. Vea la Pub. 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

**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).

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

<b>A</b>	Anote "1" para <b>usted mismo</b> si nadie más lo puede reclamar como dependiente . . . . .	<b>A</b> _____
<b>B</b>	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es soltero y tiene sólo un empleo; o</li> <li>• Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o</li> <li>• Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos.</li> </ul>	<b>B</b> _____
<b>C</b>	Anote "1" para su <b>cónyuge</b> . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	<b>C</b> _____
<b>D</b>	Anote el número de <b>dependientes</b> (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos . . . . .	<b>D</b> _____
<b>E</b>	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como <b>cabeza de familia</b> (vea las condiciones bajo <b>Cabeza de familia</b> , anteriormente) . . . . .	<b>E</b> _____
<b>F</b>	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en <b>gastos de cuidado de hijos o dependientes</b> por los cuales piensa reclamar un crédito . . . . .	<b>F</b> _____
	(Nota: No incluya pagos de manutención para hijos menores. Vea la Pub. 503, <i>Child and Dependent Care Expenses</i> (Gastos del cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para detalles).	
<b>G</b>	<b>Crédito tributario por hijos</b> (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Pub. 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para mayor información.	
	• Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúna los requisitos; entonces <b>menos "1"</b> si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o <b>menos "2"</b> si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos.	
	• Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúna los requisitos . . . . .	<b>G</b> _____
<b>H</b>	Sume las líneas <b>A a G</b> , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos) . . . . .	<b>H</b> _____
	Para que sea lo más exacto posible, <b>complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si piensa <b>detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos</b> y desea reducir su impuesto retenido, vea la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes</b>, en la página 2.</li> <li>• Si es <b>soltero y tiene más de un empleo</b> o es <b>casado y usted y su cónyuge trabajan</b> y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la <b>Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos</b> en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.</li> <li>• Si <b>ninguna</b> de las condiciones anteriores le corresponde, <b>deténgase aquí</b> y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea <b>H</b>.</li> </ul>	

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

Formulario <b>W-4(SP)</b> Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► 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 puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074  <h1 style="font-size: 2em;">2016</h1>
<b>1</b> Su primer nombre e inicial del segundo		<b>2</b> Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		<b>3</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		<b>4</b> Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>
<b>5</b> Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2) . . . . .		<b>5</b> _____
<b>6</b> Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago . . . . .		<b>6</b> \$ _____
<b>7</b> Reclamo exención de la retención para 2016 y certifico que cumpla 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 . . . . . ►		
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		<b>7</b> _____
<b>8</b> Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		<b>9</b> Código de oficina (opcional)
		<b>10</b> Número de identificación patronal (EIN)
		<b>Fecha</b> ► _____

### Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

**Nota:** Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2016. Estas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% (7.5% si usted o su cónyuge nacieron antes del 2 de enero de 1952) de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2016, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$311,300 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$285,350 si es cabeza de familia; \$259,400 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$155,650 si es casado que presenta una declaración por separado. . . . . **1** \$ \_\_\_\_\_
- 2 Anote:  $\left\{ \begin{array}{l} \$12,600 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,300 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,300 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$  . . . . . **2** \$ \_\_\_\_\_
- 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 2016 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Pub. 505) . . . . . **4** \$ \_\_\_\_\_
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2016 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2016 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Pub. 505, en inglés) . . . . . **5** \$ \_\_\_\_\_
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2016 (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-". . . . . **7** \$ \_\_\_\_\_
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción . . . . . **8** \_\_\_\_\_
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 . . . . . **9** \_\_\_\_\_
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. 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 (Vea **Dos asalariados o múltiples empleos**, en la página 1).

**Nota:** Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) . . . . . **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 el salario del empleo que más le paga es \$65,000 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 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**, más adelante, 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 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 2016. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2016. 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 pago . . . . . **9** \$ \_\_\_\_\_

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÍNIMO</b> es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÍNIMO</b> es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÁXIMO</b> es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga <b>LO MÁXIMO</b> es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$6,000	0	\$0 - \$9,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
6,001 - 14,000	1	9,001 - 17,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 25,000	2	17,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
25,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 y más	1,600
35,001 - 44,000	5	44,001 - 75,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	75,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 100,000	10	140,001 y más	10				
100,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

**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.



# Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS  
Form I-9  
OMB No. 1615-0047  
Expires 03/31/2016

▶ **START HERE.** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form.

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire 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 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	E-mail Address			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):

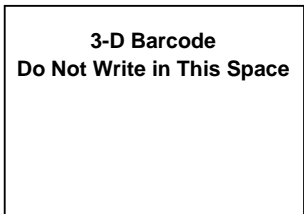
- A citizen of the United States
- A noncitizen national of the United States (*See instructions*)
- A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): \_\_\_\_\_
- An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_. Some aliens may write "N/A" in this field. (*See instructions*)

For aliens authorized to work, provide your Alien Registration Number/USCIS Number **OR** Form I-94 Admission Number:

1. Alien Registration Number/USCIS Number: \_\_\_\_\_

**OR**

2. Form I-94 Admission Number: \_\_\_\_\_



If you obtained your admission number from CBP in connection with your arrival in the United States, include the following:

Foreign Passport Number: \_\_\_\_\_

Country of Issuance: \_\_\_\_\_

Some aliens may write "N/A" on the Foreign Passport Number and Country of Issuance fields. (*See instructions*)

Signature of Employee:	Date (mm/dd/yyyy):
------------------------	--------------------

**Preparer and/or Translator Certification** (*To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.*)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator:			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*



## 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 examine a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents" on the next page of this form. For each document you review, record the following information: document title, issuing authority, document number, and expiration date, if any.)

Employee Last Name, First Name and Middle Initial from Section 1:

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title:		Document Title:		Document Title:
Issuing Authority:		Issuing Authority:		Issuing Authority:
Document Number:		Document Number:		Document Number:
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):
Document Title:		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;"><b>3-D Barcode</b> Do Not Write in This Space</p> </div>		
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				
Document Title:				
Issuing Authority:				
Document Number:				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy):				

### Certification

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

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

Signature of Employer or Authorized Representative		Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	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.)

A. New Name (if applicable) Last Name (Family Name) First Name (Given Name)		Middle Initial	B. Date of Rehire (if applicable) (mm/dd/yyyy):
---	--	----------------	---

C. If employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document from List A or List C the employee presented that establishes current 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:	Date (mm/dd/yyyy):	Print 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> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions:                (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT                (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION                (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <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> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545)</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. School ID card with a photograph</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350)</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Voter's registration card</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. 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> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <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> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. U.S. Military card or draft record</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Native American tribal document</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Military dependent's ID card</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)</li> </ol>
		<b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Native American tribal document</li> </ol>		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</li> </ol>		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>10. School record or report card</li> </ol>		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Clinic, doctor, or hospital record</li> </ol>		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Day-care or nursery school record</li> </ol>		

**Illustrations of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).**

**Refer to Section 2 of the instructions, titled "Employer or Authorized Representative Review and Verification," for more information about acceptable receipts.**



# Instructions for Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security  
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS  
Form I-9  
OMB No. 1615-0047  
Expires 03/31/2016

**Read all instructions carefully before completing this form.**

**Anti-Discrimination Notice.** It is illegal to discriminate against any work-authorized individual in hiring, discharge, recruitment or referral for a fee, or in the employment eligibility verification (Form I-9 and E-Verify) process based on that individual's citizenship status, immigration status or national origin. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination. For more information, call the Office of Special Counsel for Immigration-Related Unfair Employment Practices (OSC) at 1-800-255-7688 (employees), 1-800-255-8155 (employers), or 1-800-237-2515 (TDD), or visit [www.justice.gov/crt/about/osc](http://www.justice.gov/crt/about/osc).

## What Is the Purpose of This Form?

Employers must complete Form I-9 to document verification of the identity and employment authorization of each new employee (both citizen and noncitizen) hired after November 6, 1986, to work in the United States. In the Commonwealth of the Northern Mariana Islands (CNMI), employers must complete Form I-9 to document verification of the identity and employment authorization of each new employee (both citizen and noncitizen) hired after November 27, 2011. Employers should have used Form I-9 CNMI between November 28, 2009 and November 27, 2011.

## General Instructions

Employers are responsible for completing and retaining Form I-9. For the purpose of completing this form, the term "employer" means all employers, including those recruiters and referrers for a fee who are agricultural associations, agricultural employers, or farm labor contractors.

Form I-9 is made up of three sections. Employers may be fined if the form is not complete. Employers are responsible for retaining completed forms. Do not mail completed forms to U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) or Immigration and Customs Enforcement (ICE).

## Section 1. Employee Information and Attestation

Newly hired employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 **no later than the first day of employment**. Section 1 should never be completed before the employee has accepted a job offer.

Provide the following information to complete Section 1:

**Name:** Provide your full legal last name, first name, and middle initial. Your last name is your family name or surname. If you have two last names or a hyphenated last name, include both names in the last name field. Your first name is your given name. Your middle initial is the first letter of your second given name, or the first letter of your middle name, if any.

**Other names used:** Provide all other names used, if any (including maiden name). If you have had no other legal names, write "N/A."

**Address:** Provide the address where you currently live, including Street Number and Name, Apartment Number (if applicable), City, State, and Zip Code. Do not provide a post office box address (P.O. Box). Only border commuters from Canada or Mexico may use an international address in this field.

**Date of Birth:** Provide your date of birth in the mm/dd/yyyy format. For example, January 23, 1950, should be written as 01/23/1950.

**U.S. Social Security Number:** Provide your 9-digit Social Security number. Providing your Social Security number is voluntary. However, if your employer participates in E-Verify, you must provide your Social Security number.

**E-mail Address and Telephone Number (Optional):** You may provide your e-mail address and telephone number. Department of Homeland Security (DHS) may contact you if DHS learns of a potential mismatch between the information provided and the information in DHS or Social Security Administration (SSA) records. You may write "N/A" if you choose not to provide this information.



---

All employees must attest in Section 1, under penalty of perjury, to their citizenship or immigration status by checking one of the following four boxes provided on the form:

**1. A citizen of the United States**

**2. A noncitizen national of the United States:** Noncitizen nationals of the United States are persons born in American Samoa, certain former citizens of the former Trust Territory of the Pacific Islands, and certain children of noncitizen nationals born abroad.

**3. A lawful permanent resident:** A lawful permanent resident is any person who is not a U.S. citizen and who resides in the United States under legally recognized and lawfully recorded permanent residence as an immigrant. The term "lawful permanent resident" includes conditional residents. If you check this box, write either your Alien Registration Number (A-Number) or USCIS Number in the field next to your selection. At this time, the USCIS Number is the same as the A-Number without the "A" prefix.

**4. An alien authorized to work:** If you are not a citizen or national of the United States or a lawful permanent resident, but are authorized to work in the United States, check this box.

If you check this box:

- a. Record the date that your employment authorization expires, if any. Aliens whose employment authorization does not expire, such as refugees, asylees, and certain citizens of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, or Palau, may write "N/A" on this line.
- b. Next, enter your Alien Registration Number (A-Number)/USCIS Number. At this time, the USCIS Number is the same as your A-Number without the "A" prefix. If you have not received an A-Number/USCIS Number, record your Admission Number. You can find your Admission Number on Form I-94, "Arrival-Departure Record," or as directed by USCIS or U.S. Customs and Border Protection (CPB).
  - (1) If you obtained your admission number from CBP in connection with your arrival in the United States, then also record information about the foreign passport you used to enter the United States (number and country of issuance).
  - (2) If you obtained your admission number from USCIS *within the United States*, or you entered the United States without a foreign passport, you must write "N/A" in the Foreign Passport Number and Country of Issuance fields.

Sign your name in the "Signature of Employee" block and record the date you completed and signed Section 1. By signing and dating this form, you attest that the citizenship or immigration status you selected is correct and that you are aware that you may be imprisoned and/or fined for making false statements or using false documentation when completing this form. To fully complete this form, you must present to your employer documentation that establishes your identity and employment authorization. Choose which documents to present from the Lists of Acceptable Documents, found on the last page of this form. You must present this documentation no later than the third day after beginning employment, although you may present the required documentation before this date.

**Preparer and/or Translator Certification**

The Preparer and/or Translator Certification must be completed if the employee requires assistance to complete Section 1 (e.g., the employee needs the instructions or responses translated, someone other than the employee fills out the information blocks, or someone with disabilities needs additional assistance). The employee must still sign Section 1.

**Minors and Certain Employees with Disabilities (Special Placement)**

Parents or legal guardians assisting minors (individuals under 18) and certain employees with disabilities should review the guidelines in the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)* on [www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central) before completing Section 1. These individuals have special procedures for establishing identity if they cannot present an identity document for Form I-9. The special procedures include (1) the parent or legal guardian filling out Section 1 and writing "minor under age 18" or "special placement," whichever applies, in the employee signature block; and (2) the employer writing "minor under age 18" or "special placement" under List B in Section 2.

---

---

## Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

Before completing Section 2, employers must ensure that Section 1 is completed properly and on time. Employers may not ask an individual to complete Section 1 before he or she has accepted a job offer.

Employers or their authorized representative must complete Section 2 by examining evidence of identity and employment authorization within 3 business days of the employee's first day of employment. For example, if an employee begins employment on Monday, the employer must complete Section 2 by Thursday of that week. However, if an employer hires an individual for less than 3 business days, Section 2 must be completed no later than the first day of employment. An employer may complete Form I-9 before the first day of employment if the employer has offered the individual a job and the individual has accepted.

Employers cannot specify which document(s) employees may present from the Lists of Acceptable Documents, found on the last page of Form I-9, to establish identity and employment authorization. Employees must present one selection from List A **OR** a combination of one selection from List B and one selection from List C. List A contains documents that show both identity and employment authorization. Some List A documents are combination documents. The employee must present combination documents together to be considered a List A document. For example, a foreign passport and a Form I-94 containing an endorsement of the alien's nonimmigrant status must be presented together to be considered a List A document. List B contains documents that show identity only, and List C contains documents that show employment authorization only. If an employee presents a List A document, he or she should **not** present a List B and List C document, and vice versa. If an employer participates in E-Verify, the List B document must include a photograph.

In the field below the Section 2 introduction, employers must enter the last name, first name and middle initial, if any, that the employee entered in Section 1. This will help to identify the pages of the form should they get separated.

Employers or their authorized representative must:

1. Physically examine each original document the employee presents to determine if it reasonably appears to be genuine and to relate to the person presenting it. The person who examines the documents must be the same person who signs Section 2. The examiner of the documents and the employee must both be physically present during the examination of the employee's documents.
2. Record the document title shown on the Lists of Acceptable Documents, issuing authority, document number and expiration date (if any) from the original document(s) the employee presents. You may write "N/A" in any unused fields.

If the employee is a student or exchange visitor who presented a foreign passport with a Form I-94, the employer should also enter in Section 2:

- a. The student's Form I-20 or DS-2019 number (Student and Exchange Visitor Information System-SEVIS Number); **and** the program end date from Form I-20 or DS-2019.
3. Under Certification, enter the employee's first day of employment. Temporary staffing agencies may enter the first day the employee was placed in a job pool. Recruiters and recruiters for a fee do not enter the employee's first day of employment.
4. Provide the name and title of the person completing Section 2 in the Signature of Employer or Authorized Representative field.
5. Sign and date the attestation on the date Section 2 is completed.
6. Record the employer's business name and address.
7. Return the employee's documentation.

Employers may, but are not required to, photocopy the document(s) presented. If photocopies are made, they should be made for **ALL** new hires or reverifications. Photocopies must be retained and presented with Form I-9 in case of an inspection by DHS or other federal government agency. Employers must always complete Section 2 even if they photocopy an employee's document(s). Making photocopies of an employee's document(s) cannot take the place of completing Form I-9. Employers are still responsible for completing and retaining Form I-9.

---

## Unexpired Documents

Generally, only unexpired, original documentation is acceptable. The only exception is that an employee may present a certified copy of a birth certificate. Additionally, in some instances, a document that appears to be expired may be acceptable if the expiration date shown on the face of the document has been extended, such as for individuals with temporary protected status. Refer to the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)* or I-9 Central ([www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central)) for examples.

## Receipts

If an employee is unable to present a required document (or documents), the employee can present an acceptable receipt in lieu of a document from the Lists of Acceptable Documents on the last page of this form. Receipts showing that a person has applied for an initial grant of employment authorization, or for renewal of employment authorization, are not acceptable. Employers cannot accept receipts if employment will last less than 3 days. Receipts are acceptable when completing Form I-9 for a new hire or when reverification is required.

Employees must present receipts within 3 business days of their first day of employment, or in the case of reverification, by the date that reverification is required, and must present valid replacement documents within the time frames described below.

There are three types of acceptable receipts:

1. A receipt showing that the employee has applied to replace a document that was lost, stolen or damaged. The employee must present the actual document within 90 days from the date of hire.
2. The arrival portion of Form I-94/I-94A with a temporary I-551 stamp and a photograph of the individual. The employee must present the actual Permanent Resident Card (Form I-551) by the expiration date of the temporary I-551 stamp, or, if there is no expiration date, within 1 year from the date of issue.
3. The departure portion of Form I-94/I-94A with a refugee admission stamp. The employee must present an unexpired Employment Authorization Document (Form I-766) or a combination of a List B document and an unrestricted Social Security card within 90 days.

When the employee provides an acceptable receipt, the employer should:

1. Record the document title in Section 2 under the sections titled List A, List B, or List C, as applicable.
2. Write the word "receipt" and its document number in the "Document Number" field. Record the last day that the receipt is valid in the "Expiration Date" field.

By the end of the receipt validity period, the employer should:

1. Cross out the word "receipt" and any accompanying document number and expiration date.
2. Record the number and other required document information from the actual document presented.
3. Initial and date the change.

See the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)* at [www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central) for more information on receipts.

## Section 3. Reverification and Rehires

Employers or their authorized representatives should complete Section 3 when reverifying that an employee is authorized to work. When rehiring an employee within 3 years of the date Form I-9 was originally completed, employers have the option to complete a new Form I-9 or complete Section 3. When completing Section 3 in either a reverification or rehire situation, if the employee's name has changed, record the name change in Block A.

For employees who provide an employment authorization expiration date in Section 1, employers must reverify employment authorization on or before the date provided.

---

Some employees may write "N/A" in the space provided for the expiration date in Section 1 if they are aliens whose employment authorization does not expire (e.g., asylees, refugees, certain citizens of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, or Palau). Reverification does not apply for such employees unless they chose to present evidence of employment authorization in Section 2 that contains an expiration date and requires reverification, such as Form I-766, Employment Authorization Document.

Reverification applies if evidence of employment authorization (List A or List C document) presented in Section 2 expires. However, employers should not reverify:

1. U.S. citizens and noncitizen nationals; or
2. Lawful permanent residents who presented a Permanent Resident Card (Form I-551) for Section 2.

Reverification does not apply to List B documents.

If both Section 1 and Section 2 indicate expiration dates triggering the reverification requirement, the employer should reverify by the earlier date.

For reverification, an employee must present unexpired documentation from either List A or List C showing he or she is still authorized to work. Employers CANNOT require the employee to present a particular document from List A or List C. The employee may choose which document to present.

To complete Section 3, employers should follow these instructions:

1. Complete Block A if an employee's name has changed at the time you complete Section 3.
2. Complete Block B with the date of rehire if you rehire an employee within 3 years of the date this form was originally completed, and the employee is still authorized to be employed on the same basis as previously indicated on this form. Also complete the "Signature of Employer or Authorized Representative" block.
3. Complete Block C if:
  - a. The employment authorization or employment authorization document of a current employee is about to expire and requires reverification; or
  - b. You rehire an employee within 3 years of the date this form was originally completed and his or her employment authorization or employment authorization document has expired. (Complete Block B for this employee as well.)

To complete Block C:

- a. Examine either a List A or List C document the employee presents that shows that the employee is currently authorized to work in the United States; and
  - b. Record the document title, document number, and expiration date (if any).
4. After completing block A, B or C, complete the "Signature of Employer or Authorized Representative" block, including the date.

For reverification purposes, employers may either complete Section 3 of a new Form I-9 or Section 3 of the previously completed Form I-9. Any new pages of Form I-9 completed during reverification must be attached to the employee's original Form I-9. If you choose to complete Section 3 of a new Form I-9, you may attach just the page containing Section 3, with the employee's name entered at the top of the page, to the employee's original Form I-9. If there is a more current version of Form I-9 at the time of reverification, you must complete Section 3 of that version of the form.

### **What Is the Filing Fee?**

There is no fee for completing Form I-9. This form is not filed with USCIS or any government agency. Form I-9 must be retained by the employer and made available for inspection by U.S. Government officials as specified in the "**USCIS Privacy Act Statement**" below.

### **USCIS Forms and Information**

For more detailed information about completing Form I-9, employers and employees should refer to the *Handbook for Employers: Instructions for Completing Form I-9 (M-274)*.

You can also obtain information about Form I-9 from the USCIS Web site at [www.uscis.gov/I-9Central](http://www.uscis.gov/I-9Central), by e-mailing USCIS at [I-9Central@dhs.gov](mailto:I-9Central@dhs.gov), or by calling **1-888-464-4218**. For TDD (hearing impaired), call **1-877-875-6028**.

To obtain USCIS forms or the *Handbook for Employers*, you can download them from the USCIS Web site at [www.uscis.gov/forms](http://www.uscis.gov/forms). You may order USCIS forms by calling our toll-free number at **1-800-870-3676**. You may also obtain forms and information by contacting the USCIS National Customer Service Center at **1-800-375-5283**. For TDD (hearing impaired), call **1-800-767-1833**.

Information about E-Verify, a free and voluntary program that allows participating employers to electronically verify the employment eligibility of their newly hired employees, can be obtained from the USCIS Web site at [www.dhs.gov/E-Verify](http://www.dhs.gov/E-Verify), by e-mailing USCIS at [E-Verify@dhs.gov](mailto:E-Verify@dhs.gov) or by calling **1-888-464-4218**. For TDD (hearing impaired), call **1-877-875-6028**.

Employees with questions about Form I-9 and/or E-Verify can reach the USCIS employee hotline by calling **1-888-897-7781**. For TDD (hearing impaired), call **1-877-875-6028**.

### Photocopying and Retaining Form I-9

A blank Form I-9 may be reproduced, provided all sides are copied. The instructions and Lists of Acceptable Documents must be available to all employees completing this form. Employers must retain each employee's completed Form I-9 for as long as the individual works for the employer. Employers are required to retain the pages of the form on which the employee and employer enter data. If copies of documentation presented by the employee are made, those copies must also be kept with the form. Once the individual's employment ends, the employer must retain this form for either 3 years after the date of hire or 1 year after the date employment ended, whichever is later.

Form I-9 may be signed and retained electronically, in compliance with Department of Homeland Security regulations at 8 CFR 274a.2.

### USCIS Privacy Act Statement

**AUTHORITIES:** The authority for collecting this information is the Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a).

**PURPOSE:** This information is collected by employers to comply with the requirements of the Immigration Reform and Control Act of 1986. This law requires that employers verify the identity and employment authorization of individuals they hire for employment to preclude the unlawful hiring, or recruiting or referring for a fee, of aliens who are not authorized to work in the United States.

**DISCLOSURE:** Submission of the information required in this form is voluntary. However, failure of the employer to ensure proper completion of this form for each employee may result in the imposition of civil or criminal penalties. In addition, employing individuals knowing that they are unauthorized to work in the United States may subject the employer to civil and/or criminal penalties.

**ROUTINE USES:** This information will be used by employers as a record of their basis for determining eligibility of an employee to work in the United States. The employer will keep this form and make it available for inspection by authorized officials of the Department of Homeland Security, Department of Labor, and Office of Special Counsel for Immigration-Related Unfair Employment Practices.

### Paperwork Reduction Act

An agency may not conduct or sponsor an information collection and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. The public reporting burden for this collection of information is estimated at 35 minutes per response, including the time for reviewing instructions and completing and retaining the form. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Citizenship and Immigration Services, Regulatory Coordination Division, Office of Policy and Strategy, 20 Massachusetts Avenue NW, Washington, DC 20529-2140; OMB No. 1615-0047. **Do not mail your completed Form I-9 to this address.**

## 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 médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para cobertura que comienza el 1 de enero del 2014.

### ¿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 su empleador directamente.

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.

## PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name		4. Employer Identification Number (EIN)	
5. Employer address		6. Employer phone number	
7. City	8. State	9. ZIP code	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job?			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:  
All employees.

Some employees. Eligible employees are:

- With respect to dependents:  
We do offer coverage. Eligible dependents are:

We do not offer coverage.

If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

\*\* Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.



## INFORMACIÓN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Patrón del Sitio de Trabajo: \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

### INSTRUCCIONES

Todos los empleados deben leer, firmar y devolver este formulario a Progressive Employer Management Company (PEMCO). Indique donde se señala más adelante en cuanto a si o no desea recibir información sobre los empleados voluntarios de las prestaciones pagadas PEMCO. Si usted no proporciona información a continuación, usted no recibirá un paquete que detalla los empleados voluntarios de las prestaciones pagadas PEMCO.

### INFORMACIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo que esto no es un formulario de inscripción, que PEMCO tiene una sección 125 del programa antes de impuestos, y que tengo que cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad para ser cubiertos. Entiendo que no existe ninguna cobertura o seguro hasta que complete un formulario de inscripción, que es aceptada por PEMCO y el vehículo (según corresponda), en vigor, y las deducciones de nómina comenzar. Entiendo que, en general, no puedo cambiar mis decisiones de beneficios hasta el próximo período anual de inscripción abierta menos que experimente un "cambio de estado", como por ejemplo:

1. Un evento que cambia mi estado civil legal, incluyendo el matrimonio, la muerte de un cónyuge, el divorcio, la separación legal o anulación;
2. Un evento que cambia el número de mis dependientes incluyendo el nacimiento, adopción, colocación para adopción o la muerte de un dependiente;
3. Un cambio en mi situación laboral o la de mi cónyuge o dependiente que resulta de una terminación o inicio del empleo, huelga o un paro, un comienzo o volver de un permiso sin sueldo, o un cambio en el lugar de trabajo, así como cualquier otro cambio en mi situación laboral o la de mi cónyuge o dependiente que resulta en cualquier individuo de ser (o dejar de ser) elegibles en virtud de un plan de cafetería u otro plan de beneficios patrocinado por el empleador de dicha persona;
4. Un evento que hace que mi dependiente para satisfacer o deje de satisfacer los requisitos de elegibilidad para la cobertura debido al cumplimiento de la edad, la condición de estudiante, o cualquier circunstancia similar, o
5. Hay un cambio en mi lugar de residencia o el lugar de residencia de mi cónyuge o dependiente.

Yo entiendo que si tengo un cambio de estado, debo notificar PEMCO por escrito dentro de los 30 días siguientes a dicho evento.

#### Selecciona uno de los siguientes:

- Estoy interesado en recibir información sobre los empleados voluntarios de PEMCO pagados beneficios mediante el registro en el sitio web de gestión de empleados de PEMCO, <https://www.pemcopulse.com>.
- Estoy interesado en recibir información sobre los empleados voluntarios de PEMCO pagado beneficios, por favor escriba la información para mí en la siguiente dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- No estoy interesado en recibir información sobre los empleados voluntarios de las prestaciones pagadas PEMCO en este momento.

Empleado Firma: \_\_\_\_\_