

Perfil Del Empleado

Seccion 1 – Datos Del Empleado

Para ser completado por el empleado. Imprimir

Informacion Del Empleado

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

(Nombre que aparece en su seguro social)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electronico: _____

Estado de W/2: Soltero _____ Casado _____ Soltero con tasa mayor _____

Número de exenciones: _____

Información De Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____

Datos de Igualdad De oportunidades – usted se considera:

Raza/ Grupo Etnico: __ Blanco __ Negro ó Afroamericano __ Hispano ó Latino __ Asiatico

__ Americano - Indú __ Nativo de Hawai ó Otras Islas Del Pacifico

__ Yo decidi no declarar mi raza /origen nacional

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Estatus de Veterano: _____ Veterano Desabilitado _____ Otro Veterano Protejido _____ Vet-Fuerzas Armadas

_____ Reciente Fecha de separacion Del Veterano

Seccion 2 – Datos De Nómina De Sueldo

Gerente o Supervisor Tienen Que Completar.

Datos De Nómina

Nombre Del Cliente: _____ Número De Cuenta: _____

Fecha De Empleo: _____ Nuevo Empleado: _____ Re-instalado: _____ Envio Cheque _____

Localization: _____ Departamento: _____ Código De W/C: _____

Posición: _____ Título de Puesto: _____

Status: __ Completo __ Parcial __ Temporal __ Estacional

Frecuencia: Semanal Bisemanal Semi-Mensual Mensual

Pago: __ Hourly __ Salario No-Exento __ Salario Exento __ Comision __ Propinas

Taza de Pago: __ Salario (por periodo de pago) \$ _____ Anual \$ _____

__ Horas Std (por hora) \$ _____ Diferencial _____

\$ _____ -

La Confirmación de Igualdad (EEO) __ B __ N/AA __ H/L __ A __ IA __ HN/OIP (si el Empleado optó por no revelar su categoría de EEOC marque la categoría apropiada lo mejor que pueda)

Datos de Igualdad

____ Ejecutivos / Sr. Oficial & Gerentes

____ Profesionales ____ Tecnico ____ Venta ____ Soporte Administrativo ____ Artesanos ____ Operativo

____ Trabajo Manual ____ Trabajo De Servicios

Firma Del Cliente: _____ Título: _____ Fecha: _____

Formulario W-4(SP) (2019)

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

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

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

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

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

Instrucciones Generales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A	Anote "1" para usted mismo	A	_____
B	Anote "1" si es casado que presenta una declaración conjunta	B	_____
C	Anote "1" si presenta una declaración como cabeza de familia	C	_____
D	Anote "1" si: { • Es soltero o casado que presenta una declaración por separado, y tiene sólo un empleo; o • Es casado que presenta una declaración conjunta, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. }	D	_____
E	Crédito tributario por hijos. Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. • Si sus ingresos totales serán menos de \$71,201 (\$103,351 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "4" para cada hijo que reúne los requisitos. • Si sus ingresos totales serán de \$71,201 a \$179,050 (\$103,351 a \$345,850 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos. • Si sus ingresos totales serán de \$179,051 a \$200,000 (\$345,851 a \$400,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos. • Si sus ingresos totales serán mayores de \$200,000 (\$400,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "-0-"	E	_____
F	Crédito por otros dependientes. Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. • Si sus ingresos totales serán menos de \$71,201 (\$103,351 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada dependiente que reúne los requisitos. • Si sus ingresos totales serán de \$71,201 a \$179,050 (\$103,351 a \$345,850 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada dos dependientes (por ejemplo, "- 0 -" por un dependiente, "1" si tiene dos o tres dependientes y "2" si tiene cuatro dependientes). • Si sus ingresos totales serán mayores de \$179,050 (\$345,850 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "-0-"	F	_____
G	Otros créditos. Si tiene otros créditos, consulte la Hoja de Trabajo 1 - 6 de la Publicación 505, en inglés, y anote la cantidad de esa hoja de trabajo aquí. Si usa la Hoja de Trabajo 1-6, anote "-0-" en las líneas E y F	G	_____
H	Sume las líneas A a G, inclusive, y anote el total aquí	H	_____

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

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

Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional

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

1	Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2019. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos. Vea la Publicación 505, en inglés, para detalles	1	\$ _____
2	Anote: { \$24,400 si usted es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos \$18,350 si usted es cabeza de familia \$12,200 si usted es soltero o casado que presenta la declaración por separado }	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 2019, su deducción de ingresos de negocio calificado y cualquier deducción estándar adicional por edad o ceguera. (Vea la Publicación 505, en inglés, para información acerca de estas partidas)	4	\$ _____
5	Sume las líneas 3 y 4 y anote el resultado	5	\$ _____
6	Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2019 no sujetos a retención (por ejemplo, dividendos o intereses)	6	\$ _____
7	Reste la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-". Si es menor que cero, anote la cantidad entre paréntesis	7	\$ _____
8	Divida la cantidad de la línea 7 por \$4,200 y anote el resultado aquí. Si es una cantidad negativa, anótela entre paréntesis. Elimine toda fracción	8	_____
9	Anote la cantidad de la línea H de la Hoja de Trabajo para Descuentos Personales arriba	9	_____
10	Sume las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si es cero o menos, anote "-0-". Si piensa usar la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos , anote este total también en la línea 1 de esa hoja de trabajo en la página 5. De lo contrario, deténgase aquí y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP)	10	_____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos

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

- 1 Anote la cantidad de la línea **H** de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 4 (o, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4, la cantidad de la línea **10** de esa hoja de trabajo) **1** _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y los salarios del empleo que más le paga son \$75,000 o menos y los salarios combinados para usted y su cónyuge son \$107,000 o menos, no anote más de "3". **2** _____
 - 3 Si la línea **1** **excede de o es igual a** la cantidad de la línea **2**, reste la línea **2** de la línea **1**. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea **5** del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo **3** _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea **1** es **menos** que la cantidad de la línea **2**, anote "-0-" en la línea **5** del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas **4** a **9**, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea **2** de esta hoja de trabajo **4** _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea **1** de esta hoja de trabajo **5** _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea **5** de la cantidad de la línea **4** **6** _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí **7** \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea **7** por la cantidad de la línea **6** y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener **8** \$ _____
 - 9 **Divida** la cantidad de la línea **8** por los períodos de pago que faltan en 2019. Por ejemplo, divida por 18 si le pagan cada 2 semanas y usted completa este formulario en una fecha a finales de abril cuando quedan 18 períodos de pago para el año 2019. Anote el resultado aquí y en la línea **6** del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de paga **9** \$ _____

Tabla 1

Tabla 2

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

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

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

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

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

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

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



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

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

▶ **START HERE:** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number	

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury that I am (check one of the following boxes):

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number):	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space </div>	

Signature of Employee	Today's Date (mm/dd/yyyy)
-----------------------	---------------------------

Preparer and/or Translator Certification (check one):
 I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Today's Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	
Address (Street Number and Name)		City or Town	State ZIP Code





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

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

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				

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

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

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

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

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

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
----------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------------------

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

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

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

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Reconocimiento & Acuerdo Del Empleado

Yo, con mi firma reconozco que se me ha informado que he entrado en una asociación de arrendamiento de empleo a través de ("HROI"), reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente :

- (1) En todo momento durante mi relación con HROI, Yo entiendo y acepto que seguiré siendo un empleado de la compañía para la que trabajo ("Cliente") ha entrado en una asociación con HROI al límite que la ley acepte.. El Cliente continuará y tendrá total control y exclusivo de mi responsabilidad diaria en mi lugar de trabajo. El Cliente y/o mi supervisor inmediato determinarán mis responsabilidades de empleo, mi paga, mis horas laborales, mis oportunidades de trabajo y otros términos y condiciones de mi empleo;
- (2) Comprendo y acepto que la relación con HROI es voluntaria por lo tanto somos libres de terminar la relación en cualquier momento y que no existe ningún contrato de empleo entre HROI y yo. Entiendo y acepto que HROI no será parte de ningún acuerdo previo existente con el cliente antes de que entrara en contrato. Además entiendo que; la referencia de empleo de voluntad no cambia ningún acuerdo previo existente con el cliente antes de que entrara en una asociación de arrendamiento a través de un contrato de servicio con HROI; una organización patronal profesional y que HROI no es responsable de ningún contrato entre el Cliente y yo.
- (3) Comprendo y acepto que sere un empleado arrendado donde mis responsabilidades están asignadas por mi empleador de acuerdo al contrato entre el Cliente y HROI.
- (4) Entiendo y Acepto, que a menos que sea legalmente requerido, HROI no está obligado a pagarme ninguna compensación por mi trabajo si no recibe pago del Cliente. HROI podría pagar el salario mínimo aplicable (o legalmente requerido) por los servicios que yo haya brindado aún cuando el Cliente no haya retribuido a HROI, yo apruebo este método de compensación. Acepto y entiendo que el Cliente para el cual he sido asignado permanece obligado a pagarme el precio de paga regular por hora si soy un empleado no exento o un salario completo si soy empleado exento; aun cuando el Cliente para el cual he sido asignado no haya compensado a HROI.
- (5) Entiendo y acepto que HROI no asume la responsabilidad de recompensar por bonificación, comisiones, paga de separación, remuneración diferida, distribución de beneficios, vacaciones, paga por enfermedad, tiempo libre, o ningún otro pago si el Cliente para el cual he sido asignado no ha recompensado a HROI por los mismos.
- (6) Al menos que haya un acuerdo de lo contrario entre el Cliente Y HROI, HROI ha acordado mantener cobertura de seguro por accidente de trabajo en reconocimiento al hecho de que cualquier accidente que pueda sufrir está cubierto por los estatutos de compensación al trabajador del estado, y para evitar incumplir con los estatutos a través de demandas legales basadas en las lesiones ocasionadas por tales accidentes, y dentro de lo permitido por la ley, renuncio por entre medio y para siempre a cualquier derecho que pueda tener de hacer reclamaciones o entablar demandas legales contra HROI o cualquier Cliente de HROI por daños basados en las lesiones que están cubiertas bajo los estatutos de compensación al trabajador
- (7) Certifico que se me ha informado que si soy lesionado en el trabajo debo reportar el accidente inmediatamente a mi gerente aún cuando el accidente parezca insignificante y me rehuse a ser tratado. También estoy de acuerdo en cumplir con las reglas adoptadas de exámen de droga después de un accidente en de trabajo donde esté permitido por la ley.
- (8) También entiendo que si durante mi empleo con el Cliente soy sujeto a cualquier forma de hostigamiento o discriminación ya sea por motivos de raza, color, sexo, religión, origen de nacionalidad, incapacidad, impedimento, edad, estado militar ó militar veteranom ó miembro de la Unión ó sujeto a cualquier tipo de hostigamiento incluyendo hostigamiento sexual, yo lo reportaré a la persona indicada de mi empleador . Normalmente, la persona es el Presidente de mi compañía. Si por cualquier motivo, decido no informar a mi empleador, puedo contactar al Director del departamento de Recursos Humanos de HROI al 1-800-----
- (9) Certifico y estoy de acuerdo de que el Cliente tiene control total de mis responsabilidades diarias, y el lugar donde trabajo. Y que HROI solo prové servicios a través de una relación de co-patrono. Yo certifico y acuerdo, que HROI no tiene con ningún control sobre mi empleo y por tanto no está en posición de remediar o resolver ninguna acción no apropiada por parte del Cliente. No obstante, HROI trataría de facilitar una resolución.
- (10) Entiendo y acepto que debido a restricciones de licencias aplicable a compañías de arrendamiento de empleados, si soy aceptado como empleado para el Cliente y HROI, estoy prohibido a realizar labores fuera del Estado en el que estoy actualmente realizando servicios para el estado de origen del Cliente, exepcto que cuando este por escrito por HROI y el portador de la compensación de los trabajadores aplicable.
- (11) Si trabajo fuera del Estado de Origen del Cliente o para mi empleador o para alguien mas sin pedir permiso mencionado en (10). Yo certifico y entiendo que si no sigo las reglas requerido anteriormente mencionado, no seguire siendo empleado bajo contrato del Client y HROI. Mi empleo será terminado inmediatamente al principio de mi viaje fuera del Estado original de mi empleador donde he sido aprobado realizar labor y por tanto no tendré cobertura por accidente de trabajo
- (12) Entiendo y Acepto que no existe ninguna obligación de parte the HROI tan pronto se termine el acuerdo de arrendamiento de empleo entre HROI y el Cliente.
- (13) Certifico y acepto, que si soy elegible de algunos beneficios, es mi responsabilidad (y la responsabilidad de cualquier miembro de mi familia dependientes que quiera participar) tengo que contactar inmediatamente y solicitar formularios e información.
- (14) En la medida permitida por la ley, y al firmar este contrato, yo libero a HROI mi derecho de hacer valer una demanda prioritaria de cualquier reclamo en el caso de una bancarrota contra el Cliente bajo el Artículo 11 U.S.C Código 507 (a)(3) capítulo 7 & capítulo 11 de los Estados Unidos por parte del cliente.
- (15) Entiendo que si firmo este documento ó un formulario de HROI, no se hace responsable de ningún otro contrato, y en todo caso este sera anulado y cancelado.

FECHA

FIRMA

AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Imprime Nombre Completo _____

ID #: _____

Lea y firme a continuación si ha elegido el depósito directo en una cuenta de cheques o de ahorros.

Al firmar este formulario, entiendo que autorizo depositar mis pagos electrónicamente a la cuenta que he marcado. Esta acción cancela y reemplaza cualquier acuerdo de depósito directo que tenga establecido.

Aunque no se me requiere legalmente proporcionar la información en este formulario, entiendo que mi empleador la requiere para establecer y mantener mi depósito directo. Mi empleador compartirá esta información únicamente con su institución financiera y con la institución financiera que he designado en el formulario, y únicamente para el propósito limitado de establecer y administrar el depósito directo en mi cuenta.

Firma del empleado _____

Fecha _____

Cuenta de CHEQUES. Adjunte un cheque anulado para cada cuenta. Si no tiene cheques, debe incluir una carta de su institución bancaria.

Depósito directo neto a la siguiente cuenta de CHEQUES:

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nueva
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad neta	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

Un monto fijo a la siguiente cuenta de CHEQUES

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nueva
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nueva
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nueva
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

Cuenta de AHORROS. Adjunte un cheque anulado para cada cuenta. Si no tiene cheques, debe incluir una carta de su institución bancaria.

Depósito directo neto a la siguiente cuenta de AHORROS:

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nueva
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad Neta	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

Un monto fijo a la siguiente cuenta de AHORROS:

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nueva
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nuevo
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Nuevo
Nombre del banco	Número de Ruta	Número de cuenta	Cantidad	<input type="checkbox"/> Cambio
				<input type="checkbox"/> Detener

To be completed by HROI Payroll Operations:

Updated by: _____ Date ___/___/___

Reviewed by: _____ Date ___/___/___