



# Paquete para Nuevo Empleado

Empleador del lugar de empleo (Cliente): No. de Cliente:

Lugar del trabajo:

Estado del trabajo:

Nota: \*\*\*Se requiere notificación de 45 días para un nuevo lugar/estado \*\*\*

Por favor complete este paquete solamente DESPUÉS de haber aceptado una oferta de empleo del Empleador (de su lugar de empleo). ¡Bienvenido a Key HR! El Empleador (de su lugar de empleo) ha entablado una relación con Key HR para que le brinde algunos servicios administrativos que por lo general incluyen: la preparación de su cheque de pago, gestión de las enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo que usted sufra a través de su programa de indemnización laboral (compensación al trabajador), servicios de apoyo de recursos humanos y ciertos beneficios optativos. Su Empleador (del lugar de empleo) continuará dirigiendo y controlando el día a día de su empleo, lo cual incluye pero no se limita a: políticas, procedimientos, tarifa de pago y horas de trabajo. Instrucciones para el Empleado: Complete todas las secciones marcadas, firme y devuelva el paquete a su Supervisor (del lugar de empleo) sin demora.

Instrucciones para el Empleador (de su lugar de empleo):

1. Complete todas las secciones marcadas en **ROJO**: Página 1(a) y Página 4(b) – Sección 2 “Revisión y Verificación del Empleador o su Representante Autorizado”;
2. Verifique que el empleado ha completado el paquete, incluidas las firmas en todos los formularios y confirmaciones;
3. Envíe desde la Página 1(a) hasta la 6 al Especialista en Nóminas (Payroll) de Key HR por correo electrónico a payroll@keyhro.com y
4. Guarde el Paquete para Nuevo Empleado original en sus archivos. Nota: Las Páginas 3(a) 3(b), 5 y 6 deben guardarse separadas del expediente personal.

Nombre (Por favor, escriba su nombre con letras mayúsculas según aparece en su Tarjeta del Seguro Social): Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____			Estado marital (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado		
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no	¿Cuál es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo : <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M
No. del Seguro Social:	No. de teléfono:	Correo electrónico:			
Domicilio, Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre de un amigo o pariente local (que no viva en el mismo domicilio):	Relación con el paciente:	No. de teléfono de la casa:	No. de teléfono del trabajo:		

## PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADOR DEL LUGAR DE TRABAJO (CLIENTE)

Fecha de inicio en Key HR:	Fecha de contratación con el cliente:	Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> De temporada <input type="checkbox"/> Temporero			
Tarifa de pago primaria:	Tarifa de pago secundaria:	Método de pago: <input type="checkbox"/> Horas estándar a la semana <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> A comisión		Propinas:	
Clasificación del Trabajo EEO (marque la clasificación que mejor describa el puesto):					
<input type="checkbox"/> 1.1 Gerentes y Directivos de Nivel Ejecutivo/Alto		<input type="checkbox"/> 2 Profesionales		<input type="checkbox"/> 6 Trabajadores Manuales (especializados)	
<input type="checkbox"/> 1.2 Gerentes y Directivos de Primer Nivel/Medio.		<input type="checkbox"/> 3 Técnicos		<input type="checkbox"/> 7 Operadores (semiespecializados)	
		<input type="checkbox"/> 4 Ventas		<input type="checkbox"/> 8 Obreros (no especializados)	
		<input type="checkbox"/> 5 Personal de Oficina		<input type="checkbox"/> 9 Trabajadores de Servicio	
Cargo:	Código de I/L:	Código del lugar:			
Código del departamento:	División:	Centro del Proyecto/Costo:			
Firma autorizada _____		Cargo _____		Fecha _____	



# Autorización y Confirmación del Empleo

**Empleo:** Entiendo que el Empleador (de mi lugar de empleo) tiene un Acuerdo con Key HR o una compañía afiliada ("KEY") por el cual KEY se compromete a proporcionarnos a mí y a mi Empleador (del lugar de empleo) ciertos servicios relacionado con el empleo específicamente identificados. Entiendo que mi Empleador (del lugar de empleo) seguirá gestionando, dirigiendo y controlando las actividades del día a día, y que yo continúo siendo un empleado contratado a voluntad. El empleo es a prueba durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de la contratación.

**Confirmación/Aviso Legal sobre el Estatus Laboral:** Comprendo que NO se me considerará empleado de KEY para ningún propósito hasta que se hayan COMPLETADO totalmente el Paquete para Nuevo Empleado y demás documentación requerida y KEY los haya RECIBIDO.

**Honorarios:** Reconozco que mi Empleador (del lugar de empleo) es el responsable de pagar mis honorarios. En el evento de que mi Empleador (del lugar de empleo) no pague a KEY por los servicios que yo hubiera prestado a mi Empleador (del lugar de empleo) durante un periodo de pago particular, KEY podría dar por terminado el Acuerdo con el Empleador (del lugar de empleo), sin tener más obligación para conmigo ni para con mi Empleador (del lugar de empleo). Si el Acuerdo con el Empleador (del lugar de empleo) continuara en vigor, KEY podría terminar mi empleo sin tener más obligaciones, o podría decidir pagarme por ese periodo de pago no más de la tarifa de salario mínimo de aquel momento, así como mis horas extraordinarias aplicables basándose en dicho salario mínimo para ese periodo de pago, tal y como lo permita la ley. Entiendo que mi Empleador (del lugar de empleo) retiene en último término la obligación de abonarme cualquier honorario no pagado que se me debiera. En el evento de que el Empleador (del lugar de empleo) se declarara en bancarrota debiéndose a KEY el dinero correspondiente al pago de mis honorarios, por la presente concedo a KEY cualquiera y todos los derechos que me correspondan para hacer valer una reivindicación salarial prioritaria en el proceso de bancarrota. También autorizo a KEY y a sus afiliados a que inicien cualquier ajuste en los salarios futuros de cualquier entrada en las que hubiera algún error.

**Desempleo:** Por la presente me comprometo a notificar a KEY en el caso de que renuncie o sea despedido por mi Empleador (del lugar de empleo) dentro de las 48 horas para una posible reasignación, independientemente del motivo por el que la renuncia o el despido ocurra, y entiendo que mis beneficios por desempleo podrían ser denegados si yo no notificara.

**Seguridad/Lesiones:** Me comprometo a informar inmediatamente a KEY y a mi Empleador (del lugar de empleo) de cualquier accidente o lesión que sufriera mientras esté trabajando o mientras me encuentre en el local o las instalaciones del Empleador (del lugar de empleo). Así mismo, me comprometo a seguir todas las reglas de seguridad y reglamentos establecidos por KEY o por mi Empleador (del lugar de empleo) y entiendo que de no hacerlo podría alterar cualquier beneficio de indemnización laboral que se me brindara. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pudiera sufrir yo está cubierta por las leyes estatales de Indemnización Laboral, y para evitar eludir estas leyes estatales lo cual podría resultar en demandas contra los clientes de KEY basadas en las mismas lesión o lesiones, y en lo que permite la ley, por la presente renuncio y abandono para siempre cualquier derecho que tuviera a reclamar o demandar contra cualquier cliente de KEY por daños y perjuicios con base a las lesiones que estuvieran cubiertas por dichas leyes estatales de Indemnización Laboral.

**Pruebas de Drogas:** Entiendo que KEY o mi Empleador (del lugar de empleo) pueden tener ahora o pueden establecer un lugar de trabajo libre de drogas y pueden tener un programa de pruebas de uso de alcohol y drogas que sea congruente con cualquier ley federal, estatal o local aplicable. Entiendo que, según las políticas del Empleador (del lugar de empleo) y las leyes federales, estatales o locales, como condición para contratarme o continuar mi empleo, se me puede pedir que me someta a un análisis de orina y/o de sangre o a otra prueba, con reconocimiento en el ámbito médico, diseñada para detectar la presencia de alcohol o de drogas reguladas. También entiendo que puede pedírseme que me someta a las pruebas de uso de alcohol y/o drogas antes de cualquier tratamiento por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Entiendo que una negativa a someterme a la prueba del uso del alcohol y/o drogas puede considerarse como un resultado positivo en dicha prueba y/o ser motivo de despido.

**Investigación de Antecedentes:** Entiendo que toda la información contenida en este Paquete para Nuevo Empleado está sujeta a verificación. En el caso de que mi Empleador (del lugar de empleo) requiriera una investigación de mis antecedentes y una verificación de crédito completas, autorizo y doy consentimiento, en la medida permitida por la ley federal, estatal y local para que mi Empleador (del lugar de empleo), KEY o su(s) agente(s) respectivo(s) puedan obtener información, incluida pero no limitada a, informes de vehículos de motor (expediente de conducción), historia crediticia, referencias laborales o educativas, antecedentes penales, y cualquier otra información concerniente a mí.

**Deber de Notificar el Acoso:** KEY no tolera ni tolerará ningún acoso o discriminación contra los empleados, solicitantes, clientes o vendedores. Se prohíbe estrictamente a todos los empleados de KEY el realizar cualquier tipo de acoso y/o conducta discriminatoria. Si usted piensa que está siendo acosado o discriminado por otro empleado, gerente, cliente o vendedor, debe notificarlo prontamente al Presidente del Empleador (del lugar de empleo) y al Departamento de Recursos Humanos de KEY, 6959 University Blvd, Winter Park FL 32792; teléfono 800.922.4133; fax 800.955.8144, en cuyo momento se llevará a cabo una investigación discreta y metódica. Se tomarán medidas inmediatamente para detener cualquier comportamiento no apropiado. Cuando sea apropiado, se tomará acción disciplinaria contra el infractor(es) que puede llegar hasta la terminación de empleo. Si en cualquier momento durante mi empleo, sufro discriminación de cualquier tipo, incluidas pero no limitadas a discriminación por motivo de raza, sexo, incluso del mismo sexo, orientación sexual, embarazo, edad, religión, color, condición de militar, condición de veterano, origen nacional, ciudadanía, impedimento, discapacidad o estado marital, o si sufro cualquier tipo de acoso, incluido pero no limitado al acoso sexual o a cualquier otro tipo de tratamiento que yo considere injusto o inapropiado, me comprometo a contactar inmediatamente al Presidente del Empleador (del lugar de empleo) y al Departamento de Recursos Humanos de KEY, teléfono 800.922.4133, para obtener asistencia en la resolución de dichos asuntos.

**Autorización:** Autorizo a cualquier parte o agencia contactada por mi Empleador (del lugar de empleo), a KEY o a sus respectivos agentes, para que proporcionen la información que se les solicite. Comprendo que se me puede exigir que complete otras autorizaciones para que mi Empleador (del lugar de empleo) o sus agentes investiguen todas las declaraciones contenidas en este u otros documentos relacionados con el trabajo. Por la presente, abandono, libero y eximo de toda responsabilidad, hasta el nivel permitido por las leyes federales, estatales o locales, a mi Empleador (del lugar de empleo), KEY, su(s) respectivo(s) agente(s), y cualquier parte que divulgue información a ellos, de acuerdo con esta autorización, de cualquier responsabilidad civil, reclamación, cargo o causa de acción que pudiera resultar de la obtención, entrega o divulgación de la información solicitada

## CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

Por la presente, certifico que toda la información que contiene este Paquete para Nuevo Empleado o cualquier otra solicitud, hoja de vida o documento que haya proporcionado a mi Empleador (del lugar de empleo) o a KEY es verdadero, correcto y completo, y que los he proporcionado a sabiendas y de forma voluntaria. Entiendo que proporcionar cualquier información falsa, incorrecta o incompleta puede resultar en una acción disciplinaria, hasta el punto de la terminación de mi empleo.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
No. del Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras mayúsculas

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Depósito Directo / Pago por Tarjeta

## AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO/PAGO POR TARJETA

Formulario inicial     Formulario de cambio

Nombre del empleado

No. del Seguro Social

Nombre del cliente

MI ELECCIÓN ES DEPÓSITO DIRECTO

Entiendo que puede tomar de dos a tres semanas para que comience.

Por la presente, autorizo a KEY y/o a sus entidades afiliadas (de aquí en adelante son referidas colectivamente como "KEY") a que inicien entradas de crédito e inicien, de haberlas, entradas de débito o ajustes por cualquier entrada incorrecta en mi cuenta en el depositario abajo nombrado. Entiendo que las transacciones hechas a mi cuenta pueden sufrir demoras. Estas demoras pueden ser causadas por motivos que están fuera del control de KEY, incluidos, pero no limitados a: retrasos en la transacción en sí, Sistema de Reserva Federal y/o cambios bancarios (p. ej. Números de ruta, etc.) Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta que KEY reciba notificación escrita o electrónica de mi parte con cualquier cambio. Reconozco que, por motivos administrativos, KEY puede decidir usar esta autorización o puede expedir un cheque en papel a su sola discreción. Se debe conceder un tiempo razonable a KEY para procesar cualquier cambio.

Nombre del Banco:

Cuenta corriente  
 Cuenta de ahorros

Cantidad (si no completa):

Número de cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de ruta ACH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Banco (Optativo):

Cuenta corriente  
 Cuenta de ahorros

Cantidad (si no completa):

Número de cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de ruta ACH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del empleado

Fecha

Se debe adjuntar un cheque nulo o documentación de su Institución financiera para que se procese la solicitud.

MI ELECCIÓN ES PAGO POR TARJETA (Puede tardar de dos a tres semanas para comenzar)

Número de tarjeta KEYHR (ID del Cliente: )

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de ruta ACH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Todos los demás números de tarjetas de pago

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de ruta ACH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Al proporcionar la información solicitada anteriormente y firmar abajo, por la presente, escojo y doy consentimiento para recibir mis honorarios, incluidos, pero no limitados a los pagos fuera de ciclo y los pagos de honorarios tras el despido, por transferencia electrónica a una tarjeta de pago. Además, al límite permitido por la ley aplicable, por la presente, autorizo a KEY HR para que realice todos mis depósitos y ajustes a los depósitos, incluidos aquellos pagos fuera de ciclo y pagos de honorarios tras el despido, y autorizo al banco donde están los fondos depositados a que acepte estos depósitos y realice dichos ajustes. Reconozco que he recibido copia de los términos, tarifas asociadas con el uso de la tarjeta de pago. Esta autorización a favor de KEY HR permanecerá en efecto hasta catorce (14) días después de que yo de fin a mi autorización.

\*La primera transacción es gratis después de cada día de pago. Esto le permite retirar todos los fondos disponibles sin costo alguno.

Nombre del empleado:

No. Seguro Social:

Fecha de nacimiento:

Domicilio, Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Firma del empleado

Fecha



# Identificación EEO Voluntaria

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Varias agencias del Gobierno de los EE.UU. exigen que los empleadores mantengan información de los solicitantes pertinente a aspectos como raza, sexo y tipo de puesto que solicita el individuo. La información solicitada en esta página tiene como fin el cumplimiento de ciertos requisitos de documentación. KEY HR y su Empleador (del lugar de empleo) creen que todas las personas tienen derecho a igualdad de oportunidades de empleo y no discriminan contra sus empleados o solicitantes de empleo por motivo de raza, color, sexo, religión, origen nacional, discapacidad, condición de veterano, edad, estado marital, ni ningún otro estatus de grupo protegido.

Nombre completo:			Fecha:
------------------	--	--	--------

Puesto que solicita:	No. Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:
----------------------	--------------------	--	----------------------

Raza/datos étnicos (escoja una categoría):

<input type="checkbox"/> <b>Blanco (No hispano)</b> - Originario de Europa, Norte de África o el Medio Oriente	<input type="checkbox"/> <b>Asiático (No hispano)</b> - Originario del Lejano Oriente, Sudeste de Asia o el Subcontinente Indio	<input type="checkbox"/> <b>Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico</b> - Originario de Hawái, Guam, Samoa o cualquier otra Isla del Pacífico
<input type="checkbox"/> <b>Negro o Afroamericano (No hispano)</b> - Originario de cualquiera de los grupos raciales negros de África	<input type="checkbox"/> <b>Hispano o Latino</b> - Mexicano, Cubano, Puertorriqueño Centroamericano, Sudamericano o Centroamericano, o de cualquier otro país de origen español sin importar la raza	<input type="checkbox"/> <b>Indio Americano o Nativo de Alaska</b> - Originario de América del Norte y del Sur (incluida América Central), que mantiene afiliación tribal o adhesión a la comunidad
<input type="checkbox"/> <b>Dos o más razas (No hispano)</b> - Todas las personas que se identifican con más de una de de las razas anteriores		

Los reglamentos establecidos por el Departamento de Trabajo de los EE.UU. en materia de personas discapacitadas, veteranos discapacitados y veteranos de la Era del Vietnam exigen que los contratistas federales brinden la oportunidad de que se autoidentifiquen como tales los candidatos que buscan empleo. Dicha autoidentificación se realiza de forma voluntaria, para ser usada de acuerdo con los reglamentos y sin que se someta al individuo a tratamiento adverso.

Clasificación(es) de Discapacidad/Veterano:

<input type="checkbox"/> Veterano de la Era del Vietnam	<input type="checkbox"/> Veterano especial discapacitado - discapacidad del 30% o más	<input type="checkbox"/> Otro veterano elegible	<input type="checkbox"/> Persona con discapacidad
---	---	---	---

## PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADOR CONTRATANTE (CLIENTE)

Marque aquí, si el empleado ha escogido no completar este formulario y el Empleador (del lugar de empleo) (Cliente) lo ha completado por identificación visual como exige la ley.



# Cuestionario de Historial de Salud Personal

## INFORMACIÓN PERSONAL

Las leyes federales y estatales aplicables prohíben la discriminación basada en la discapacidad o haber presentado reclamación previa de indemnización laboral o haber tomado baja por causas médicas a las que usted tuviera derecho. Este cuestionario de historial de salud personal se mantendrá en un archivo separado de su expediente de empleo. Cualquier declaración falsa, equívoca o que oculte información para asegurarse la consecución del empleo son motivos suficientes para el despido. Encierre en un círculo el SÍ o el NO si usted ha sido o está siendo tratado en la actualidad por un proveedor de servicios de salud, O si usted lo fue en el pasado, o si ha sido tratado por un proveedor de servicios de salud, por cualquiera de los siguientes motivos: De responder "Sí" a cualquier pregunta, proporcione detalles, incluidas la duración de la dolencia, fechas de tratamiento, restricciones laborales o nivel de impedimento (de haberlo) y el resultado. Por favor use hojas de papel adicionales de ser necesario para contestar por completo a cada pregunta.

- Sí  No 1. Diagnóstico o cirugía del túnel carpiano Detalles:
- Sí  No 2. Enfermedad de corazón o ataque cardíaco Detalles:
- Sí  No 3. Problemas de huesos o coyunturas, p. ej. rodilla/hombro Detalles:
- Sí  No 4. Mareos, desmayos o dolores de cabeza frecuentes Detalles:
- Sí  No 5. Depresión/Trastorno nervioso/Enfermedad mental Detalles:
- Sí  No 6. Dolencia/Lesión en el cuello o espalda Detalles:
- Sí  No 7. ¿Le han operado de algo alguna vez? Detalles:
- Sí  No 8. ¿Tiene alguna limitación física que reduzca o limite su capacidad para realizar cualquier tarea relacionada con el trabajo? Detalles:
- Sí  No 9. ¿Ha tenido usted alguna vez una reclamación de indemnización laboral por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? Detalles:
- Sí  No 10. ¿Ha tenido usted algún problema médico, enfermedad o dolencia que le hizo tener que ausentarse del trabajo o no poder realizar las funciones esenciales de su trabajo durante más de siete días de trabajo consecutivos? Detalles:

¿Ha tenido o le han tratado alguna vez por razón de alguna de las siguientes enfermedades?

- |  |   |              |   |
|--|---|--------------|---|
| Trauma por esfuerzo repetitivo             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas o lesión del cuello o espalda    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alcoholismo  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lesión de la rodilla                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad grave en los últimos cinco años | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |              |   |

Firma del empleado

No. Seguro Social

Nombre en letras mayúsculas

Fecha



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Código QR - Sección 1  
No escriba en este espacio

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

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

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

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

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





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

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

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

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

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Información Adicional</b> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;">           Código QR - Sección 2 &amp; 3            No escriba en este espacio         </div>
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACCEPTABLES

**Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)**

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

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

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en la Parte 13 del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.

# Formulario W-4(SP) (2017)

**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 2017 vence el 15 de febrero de 2018. Vea la Publicación 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 el total de 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 aún 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 Publicación 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 Publicación 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 Publicación 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 Publicación 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 Publicación 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2017. Vea la Publicación 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> _____
<b>G</b>	<b>Crédito tributario por hijos</b> (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces <b>menos "1"</b> si tiene cuatro hijos que reúnen los requisitos o <b>menos "2"</b> si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos.</li> <li>• 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 reúne los requisitos . . . . .</li> </ul>	<b>G</b> _____
<b>H</b>	Sume las líneas <b>A a G</b> , inclusive, y anote el total aquí. ( <b>Nota:</b> Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos) . . . . .	<b>H</b> _____
	<p>Para que sea lo más exacto posible, <b>complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.</b></p> <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 o es 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;">2017</h1>
1 Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	2 Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero <b>Nota:</b> Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "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 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)	5	6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con <b>ambas</b> condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> </ul> 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.		
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►		Fecha ►
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).	9 Código de oficina (opcional)	10 Número de identificación del empleador (EIN)

### 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 2017. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2017, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$313,800 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$287,650 si es cabeza de familia; \$261,500 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$156,900 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Publicación 505, para detalles . . . . . 1 \$ \_\_\_\_\_
- 2 Anote:  $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,350 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,350 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$  . . . . . 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 2017 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Publicación 505) . . . . . 4 \$ \_\_\_\_\_
- 5 **Suma** 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 2017 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2017 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Publicación 505, en inglés) . . . . . 5 \$ \_\_\_\_\_
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2017 (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 **Suma** 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 2017. 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 2017. 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 - \$7,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
7,001 - 14,000	1	8,001 - 16,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 22,000	2	16,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
22,001 - 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 - 70,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	70,001 - 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 - 95,000	10	140,001 y más	10				
95,001 - 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.