



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

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 1. Diagnóstico o cirugía del túnel carpiano | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 2. Enfermedad de corazón o ataque cardíaco | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 3. Problemas de huesos o coyunturas, p. ej. rodilla/hombro | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 4. Mareos, desmayos o dolores de cabeza frecuentes | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 5. Depresión/Trastorno nervioso/Enfermedad mental | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 6. Dolencia/Lesión en el cuello o espalda | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 7. ¿Le han operado de algo alguna vez? | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 8. ¿Tiene alguna limitación física que reduzca o limite su capacidad para realizar cualquier tarea relacionada con el trabajo? | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 9. ¿Ha tenido usted alguna vez una reclamación de indemnización laboral por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? | Detalles: |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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

**EMPLEADOR IN SITU / EMPRESA CLIENTE
POR FAVOR COMPLETE Y CONSERVE EL I-9 EN
TU UBICACIÓN.**

KEY HR NO RECIBE NI MANTENGA FORMULARIOS I-9.

**POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE
GOBIERNO VÁLIDO DEL EMPLEADO
IDENTIFICACIÓN CON FOTO EMITIDA CON SOLICITUD.**



Employment Eligibility Verification

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

USCIS
Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

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 (if any)	Other Last Names Used (if any)		
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State	ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number	
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):					
		<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States					
		<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)					
		<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)					
		<input type="checkbox"/> 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)					
		If you check Item Number 4. , enter one of these:					
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance	
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)		

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)		Additional Information			
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.			
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears 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.					First Day of Employment (mm/dd/yyyy):
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name			Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code		

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

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

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

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 an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: <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 individual's status or parole 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 		<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 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 		<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) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security <p style="margin-left: 20px;">For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central.</p> <p style="margin-left: 20px;">The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.</p>
Acceptable Receipts May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period. For receipt validity dates, see the M-274.				
<ul style="list-style-type: none"> • Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee. 	OR	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.		Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

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

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

2024**Step 1:**
Enter
Personal
Information

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

Step 2:
Multiple Jobs
or Spouse
Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

- (a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**
- (b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**
- (c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate ☐

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly): Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____ Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____ Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here	3	\$			
	Step 4 (optional): Other Adjustments			(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here			4(b)	\$	
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period . .	4(c)	\$			

Step 5:
Sign
Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)**Date****Employers**
Only

Employer's name and address

First date of
employmentEmployer identification
number (EIN)

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2024 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2023 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2024. You had no federal income tax liability in 2023 if (1) your total tax on line 24 on your 2023 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2024 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2025.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
3. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

Option **(a)** most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option **(b)** does so with a little less accuracy.

Instead, if you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option **(c)**. The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2024 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b)—Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)

If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on **only ONE** Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs.** If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, **skip** to line 3 **1** \$ _____
- 2 Three jobs.** If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
 - a** Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a **2a** \$ _____
 - b** Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **2c** \$ _____
- 3** Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. **3** _____
- 4 Divide** the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in **Step 4(c)** of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) **4** \$ _____

Step 4(b)—Deductions Worksheet (Keep for your records.)

- 1** Enter an estimate of your 2024 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income **1** \$ _____
- 2** Enter:

<ul style="list-style-type: none"> • \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately 	}
--	---	-----------

2 \$ _____
- 3** If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" **3** \$ _____
- 4** Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 and over	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230

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

OMB No. 1545-1500

► Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.**Job applicant: Fill in the lines below and check any boxes that apply. Complete only this side.**

Your name _____ Social security number ► _____

Street address where you live _____

City or town, state, and ZIP code _____

County _____ Telephone number _____

Enter your date of birth (month, day, year) _____

- 1 ☐ Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.
- 2 ☐ Check here if **any** of the following statements apply to you.
- I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a.** Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b.** Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.
- 3 ☐ Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 4 ☐ Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.
- 5 ☐ Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.
- 6 ☐ Check here if you are a member of a family that:
- Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.
- 7 ☐ Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

Signature—All Applicants Must Sign

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

SIGN HERE

Job applicant's signature ►

Date

Estimado nuevo empleado:

Su empleador está participando en un programa federal para iniciar trabajos.

Para completar los requisitos, complete la encuesta a continuación:

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Seguro Social: # ____ - ____ - ____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Qué edad tiene?:

¿Ha trabajado antes para este empleador? **SÍ** ☐ **NO** ☐ En caso afirmativo, última fecha de empleo:

RESPONDA SÍ O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

(Por favor, complete también la parte superior y firme la parte inferior del formulario 8850 adjunto. ¡Gracias!)

1. En los **últimos 6 meses**, ¿usted o un miembro de su familia ha recibido cupones **para alimentos / SNAP**? **SÍ** ☐ **NO** ☐ En caso afirmativo, indique el nombre del destinatario principal y la ciudad / estado:

2. En los **últimos 18 meses**, ¿ha recibido **TANF** (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)? **SÍ** ☐ **NO** ☐ En caso afirmativo, indique el nombre del destinatario principal y la ciudad / estado:

3. ¿Es **VETERANO de las Fuerzas Armadas de EE. UU.**? **SÍ** ☐ **NO** ☐ (SI NO, VAYA a la Pregunta # 4).

- ¿Ha estado desempleado **un período combinado de (6) meses durante el año pasado**? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- ¿Ha estado desempleado durante **un período combinado de (4) semanas pero menos de (6) meses durante el pasado? año**? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- ¿Fue despedido o liberado del servicio activo durante el año pasado? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- ¿Tiene derecho a una compensación por una discapacidad relacionada con el servicio? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- ¿Es miembro de una familia que recibió beneficios de SNAP **durante al menos 3 meses durante los últimos 15 meses? antes de que te contrataran**? **SÍ** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, indique el nombre del destinatario principal y la ciudad / esdo: _____

4. En **los últimos 60 días**, ¿recibió beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? **SÍ** ☐ **NO** ☐

5. En **el último año**, ¿fue condenado por un delito grave o liberado de la prisión después de una condena por un delito grave? **SÍ** ☐ **NO** ☐

- Si respondió Sí, ingrese la fecha de condena: ____ / ____ / ____ y fecha de liberación: ____ / ____ / ____
- ¿Fue esta una condena federal o estatal?

6. ¿Está siendo referido por una agencia para empleados con discapacidades? (Debe ser una rehabilitación vocacional Agencia)

- **SÍ** ☐ **NO** ☐
- ¿Está siendo recomendado por el Programa Boleto para trabajar del Seguro Social para empleados con discapacidades? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- ¿Está siendo referido por el Departamento de Asuntos de Veteranos? **SÍ** ☐ **NO** ☐

7. ¿Ha recibido **compensación por desempleo durante más de 26 semanas consecutivas**? **SÍ** ☐ **NO** ☐

Salario por hora inicial: \$

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____

CMS es responsable de administrar este programa para su empleador y es una organización independiente. Toda la información divulgada por usted, por lo tanto, será manejada de forma independiente por su empleador. La información que proporcione es confidencial y será utilizada únicamente por CMS en estricta confidencialidad con el Departamento de Trabajo para determinar su elegibilidad para el programa. Gracias por tu tiempo y esfuerzo.

Estimado Empleado,

Su empresa está participando en un programa federal bajo la Ley PATH para Crear trabajos.

Para cumplir con las pautas de este programa, solicitamos su ayuda. al completar la siguiente breve encuesta por teléfono, enlace web o enlace web QR código. Toda la información que proporcione será confidencial y no afectará a la proceso de contratación.

Cualquier información que proporcione es **confidencial** y será revisada estrictamente. confianza con el Departamento de Trabajo para determinar la elegibilidad para los programas de iniciación laboral.

Seleccione uno de los siguientes métodos para completar este proceso:

Proyección web: <https://wotc.irecruit-us.com/admin.php?wotcID=keyHR>

**Teléfono inteligente
Proyección web:**



Centro de llamadas #: 866-597-6917

Se agradece enormemente su tiempo y cooperación con este esfuerzo.

¡Gracias!