



Estado del trabajo:

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

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.

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.

**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		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.			
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
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		LIST B	LIST C
Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	Documents that Establish Identity	AND Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card		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	1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		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	2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		3. School ID card with a photograph	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. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		4. Voter's registration card	4. Native American tribal document
5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (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.		5. U.S. Military card or draft record	5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		6. Military dependent's ID card	6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card	7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central . The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.
		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	
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



Supplement B,
Reverification and Rehire (formerly Section 3)

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

USCIS
Form I-9
Supplement B
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 replaces Section 3 on the previous version of Form I-9. Only use this page if your employee requires reverification, is rehired within three years of the date the original Form I-9 was completed, or provides proof of a legal name change. Enter the employee's name in the fields above. Use a new section for each reverification or rehire. Review the Form I-9 instructions before completing this page. Keep this page as part of the employee's Form I-9 record. Additional guidance can be found in the [Handbook for Employers: Guidance for Completing Form I-9 \(M-274\)](#)

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)		Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
Additional Information (Initial and date each notation.)			Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)		Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
Additional Information (Initial and date each notation.)			Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)		Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
Additional Information (Initial and date each notation.)			Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

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

OMB No. 1545-0074

2025**Paso 1:****Anote Su Información Personal**

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

CONSEJO: Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2:**Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan**

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

- (a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o
- (b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa. ☐

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

Paso 3:**Reclamación de Dependiente y Otros Créditos**

Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):

Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$

Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$

Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí **3** \$

Paso 4**(opcional):****Otros Ajustes**

- (a) **Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).** Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación **4(a)** \$
- (b) **Deducciones.** Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página 3 y anote el resultado aquí **4(b)** \$
- (c) **Retención adicional.** Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago **4(c)** \$

Paso 5:**Firme Aquí**

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).

Fecha

Para Uso Exclusivo del Empleador

Nombre y dirección del empleador

Primera fecha de empleo

Número de identificación del empleador (EIN)

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4, como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

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

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2025 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2024, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2025, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2024 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2024 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 28 y 29) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2025. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo “*Exempt*” (Exento) en el Formulario W-4 en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 17 de febrero de 2026.

Su privacidad. Los Pasos 2(c) y 4(a) solicitan información relacionada con el ingreso recibido de otras fuentes aparte del trabajo asociado a este Formulario W-4. Si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 2(c), usted puede escoger el Paso 2(b) como alternativa; si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c) como alternativa.

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

1. Está presentando este formulario después del comienzo del año;
2. Espera trabajar sólo parte del año;
3. Tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), o número de dependientes, o cambios en sus deducciones o créditos;
4. Recibe dividendos, ganancias de capital, Seguro Social, bonos o ingresos de negocios, o está sujeto al Impuesto Adicional del *Medicare* o al *Net Investment Income Tax* (Impuesto sobre los ingresos netos de inversión); o
5. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

CONSEJO: Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos para contabilizar el impuesto federal sobre los ingresos que ya ha sido retenido este año. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

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

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

Instrucciones Específicas

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

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan. Presente un Formulario W-4 por separado para cada empleo.

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

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



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

Paso 3. Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración). También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

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

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2025 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

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

Paso 2(b) — Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos *(Guarde para sus archivos).*

Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4 (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4. La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

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

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

Paso 4(b) — Hoja de Trabajo para Deducciones *(Guarde para sus archivos).*

- 1** Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2025 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos **1** \$ _____
- 2** Anote:

{	<ul style="list-style-type: none"> • \$30,000 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$22,500 si es cabeza de familia • \$15,000 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado 	}	2 \$ _____
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----------	-------------------
- 3** Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote “-0-” **3** \$ _____
- 4** Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040)). Vea la Publicación 505 para más información **4** \$ _____
- 5** **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4 **5** \$ _____

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

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

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la *Paperwork Reduction Act* (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.

Casado que Presenta una Declaración Conjunta o Cónyuge Sobreviviente que Reúne los Requisitos

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,170	19,170
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$200	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040
\$10,000 - 19,999	850	1,700	1,870	1,870	2,220	3,220	3,720	3,720	3,720	3,720	3,890	4,090
\$20,000 - 29,999	1,020	1,870	2,040	2,390	3,390	4,390	4,890	4,890	4,890	5,060	5,260	5,460
\$30,000 - 39,999	1,020	1,870	2,390	3,390	4,390	5,390	5,890	5,890	6,060	6,260	6,460	6,660
\$40,000 - 59,999	1,220	3,070	4,240	5,240	6,240	7,240	7,880	8,080	8,280	8,480	8,680	8,880
\$60,000 - 79,999	1,870	3,720	4,890	5,890	7,030	8,230	8,930	9,130	9,330	9,530	9,730	9,930
\$80,000 - 99,999	1,870	3,720	5,030	6,230	7,430	8,630	9,330	9,530	9,730	9,930	10,130	10,580
\$100,000 - 124,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,760	9,960	10,160	10,950	11,950	12,950
\$125,000 - 149,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,950	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,090	5,460	6,660	8,450	10,450	11,950	12,950	13,950	15,080	16,380	17,680
\$175,000 - 199,999	2,040	4,290	6,450	8,450	10,450	12,450	13,950	15,230	16,530	17,830	19,130	20,430
\$200,000 - 249,999	2,720	5,570	7,900	10,200	12,500	14,800	16,600	17,900	19,200	20,500	21,800	23,100
\$250,000 - 399,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$400,000 - 449,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$450,000 y más	3,140	6,490	9,160	11,660	14,160	16,660	18,660	20,160	21,660	23,160	24,660	26,160

Cabeza de Familia

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$450	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,890
\$10,000 - 19,999	450	1,450	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	3,180	4,070	4,070	4,090	4,290
\$20,000 - 29,999	850	2,000	2,600	2,800	2,820	2,820	3,780	4,780	5,670	5,690	5,890	6,090
\$30,000 - 39,999	1,000	2,200	2,800	3,000	3,020	3,980	4,980	5,980	6,890	7,090	7,290	7,490
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,820	3,830	4,850	5,850	6,850	8,050	9,130	9,330	9,530	9,730
\$60,000 - 79,999	1,020	3,030	4,630	5,830	6,850	8,050	9,250	10,450	11,530	11,730	11,930	12,130
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,060	8,280	9,480	10,680	11,880	12,970	13,170	13,370	13,570
\$100,000 - 124,999	1,950	4,350	6,150	7,550	8,770	9,970	11,170	12,370	13,450	13,650	14,650	15,650
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,060	11,260	12,860	14,740	15,740	16,740	17,740
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,860	12,860	14,860	16,740	17,740	18,940	20,240
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,640	8,840	10,860	12,860	14,860	16,910	19,090	20,390	21,690	22,990
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,520	10,960	13,280	15,580	17,880	20,180	22,360	23,660	24,960	26,260
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,370	11,870	14,190	16,490	18,790	21,090	23,280	24,580	25,880	27,180
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,940	12,640	15,160	17,660	20,160	22,660	25,050	26,550	28,050	29,550



Department of Taxation and Finance

Employee's Withholding Allowance Certificate

New York State • New York City • Yonkers

IT-2104

First name and middle initial	Last name	Your Social Security number
Permanent home address (number and street or rural route)	Apartment number	Single or Head of household <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/>
City, village, or post office	State	ZIP code
		Married, but withhold at higher single rate <input type="checkbox"/>
Note: If married but legally separated, mark an X in the <i>Single or Head of household</i> box.		

Are you a resident of New York City (this includes the Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, and Staten Island)? Yes ☐ No ☐Are you a resident of Yonkers? Yes ☐ No ☐**Before making any entries, see the Note below, and if applicable, complete the worksheet in the instructions.**

1 Total number of allowances you are claiming for New York State and Yonkers, if applicable (from line 19, if using worksheet)	1	
2 Total number of allowances for New York City (from line 31, if using worksheet)	2	

Use lines 3, 4, and 5 below to have additional withholding per pay period under special agreement with your employer.

3 New York State amount	3	
4 New York City amount	4	
5 Yonkers amount	5	

I certify that I am entitled to the number of withholding allowances claimed on this certificate.

Penalty – A penalty of \$500 may be imposed for any false statement you make that decreases the amount of money you have withheld from your wages. You may also be subject to criminal penalties.

Employee's signature	Date
----------------------	------

Employee: Give this form to your employer and keep a copy for your records. Remember to review this form once a year and update it if needed.**Note:** Single taxpayers with one job and zero dependents, enter **1** on lines 1 and 2 (if applicable). Married taxpayers with or without dependents, heads of household or taxpayers that expect to itemize deductions or claim tax credits, or both, complete the worksheet in the instructions. Visit www.tax.ny.gov (search: *IT-2104-I*) or scan the QR code below.**Employer: Keep this certificate with your records.**If any of the following apply, mark an **X** in each corresponding box, complete the additional information requested, and send an additional copy of this form to New York State. See **Employer** in the instructions. Visit www.tax.ny.gov (search: *IT-2104-I*) or scan the QR code below.A Employee claimed more than 14 exemption allowances for New York State A ☐B Employee is a new hire or a rehire ... B ☐ First date employee performed services for pay (mm-dd-yyyy) (see Box B instructions): You may report new hire information online instead of mailing the form to New York State. Visit www.nynewhire.com.**Note:** Employers **must** report individuals under an **independent contractor arrangement** with contracts in excess of \$2,500 using the online reporting website above, **not** Form IT-2104.Are dependent health insurance benefits available for this employee? Yes ☐ No ☐If Yes, enter the date the employee qualifies (mm-dd-yyyy):

Employer's name and address (Employer: complete this section only if you are sending a copy of this form to the New York State Tax Department.)	Employer identification number
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Scan here

<https://www.tax.ny.gov/r/it2104i-2025>



**Notice and Acknowledgement of Pay Rate and Payday
Under Section 195.1 of the New York State Labor Law
for Home Care Aides Wage Parity and Other Jobs**

1. Employer Information

Name:

Doing Business As (DBA) Name(s):

FEIN (optional):

Physical Address:

Mailing Address:

Phone:

2. Notice given:

- ☐ At hiring
- ☐ Before a change in pay rate(s),
allowances claimed or payday

Note: Live-in employees must be paid at least 13 hours for each 24 hour period, provided they receive 8 hours of sleep, with five hours of uninterrupted sleep and 3 hours off for meals. If an employee does not receive 5 hours of uninterrupted sleep, the employee must be paid for all 8 hours. If the employee does not receive meal periods free from duty, the employee must be paid for all 3 hours designated for meals.

**3. Employee's Rate(s) of Pay for Each
Type of Work Shift:**

\$_____ per hour for _____
\$_____ per hour for _____
\$_____ per hour for _____

3a. Wage Parity Rates:

\$_____ per hour for regular wage
\$_____ per hour for additional wage
\$_____ per hour for supplemental wages*

4. Allowances:

- ☐ None
- ☐ Tips _____ per hour
- ☐ Meals _____ per meal
- ☐ Lodging _____
- ☐ Other _____

5. Regular Payday: _____

6. Pay is:

- ☐ Weekly
- ☐ Bi-weekly
- ☐ Other: _____

**7. Overtime Pay Rate(s) for each type of
work or shift:**

Single Pay Rate: \$_____ per hour
This must be at least 1½ times the worker's
regular rate with few exceptions.

Wage Parity Pay Rate: \$_____ per hour
This must be at least 1½ times the worker's
regular rate with few exceptions.

Multiple Pay Rates: \$_____ per hour
This must be at least 1½ times the worker's
Weighted average of the multiple rates of
pay for the week, with few exceptions.

8. Employee Acknowledgement:

On this date, I have been notified of
my pay rate, overtime rate (if eligible),
allowances, supplements and designated
payday. I told my employer what my
primary language is.

Check one:

- ☐ I have been given this pay notice in
English, because it is my primary
language.
- ☐ My primary language is _____.
I have been given this pay notice in
English only, because the Department of
Labor does not yet offer a pay notice form
in my primary language.

Print Employee Name

Employee Signature

Date

Preparer's Name and Title

**The employee must receive a signed
copy of this form. The employer must
keep the original for 6 years.**

Please note: It is unlawful for an employee
with protected class status to be paid less than
an employee without protected class status,
if they are performing substantially equal work.
Employers also may not prohibit employees
from discussing wages with their co-workers.

*Attach Wage Parity supplement notification
page 2.

LS 62 Notice to Wage Parity Home Care Aides - (cont'd)
Benefit Portion of Minimum Rate of Home Care Aide Total Compensation

	Hourly Rate	Type of Supplement	Name & Address of Provider	Agreement/ Plan Information
<i>Supplement Number</i>	<i>\$ XXX</i>	<i>(Pension, Welfare, or Other)</i>	<i>Insert Name and Address of Company or Organization Providing Benefit</i>	<i>Identify plan or agreement that creates the benefit, e.g., Union Local No. 1 Collective Bargaining Agreement or Insurance Company X Benefit Plan</i>
Supplement Number 1				
Supplement Number 2				
Supplement Number 3				

**If wage supplements are paid as a single payment owed to multiple Taft-Hartley multiemployer plans, list only the following: (1) the total paid for the supplement or benefit package; (2) the types of benefits included in the package, e.g., pension, health and welfare, or other; (3) the name and address of the entity to whom payment is sent; and (4) the relevant CBA or letter of assent as the agreement.*

List any additional benefits and attach listing to this document.

Copies of the above listed agreements or summaries may be obtained by:

Employee Acknowledgement:

On this day I have been notified of my pay rate, overtime rate, allowances, supplements/benefits, and designated payday provided on this form (LS 62) attached and this addendum on the date given below.

My primary language is _____. I have been given this notice in my primary language ☐ Yes ☐ No.

Employee Name (Print): _____

Employee Signature: _____ Date Signed: _____

Preparer's Name and Title: _____

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!