



9323 State Ave Marysville WA 98270 (9323 Avenida Estado Marysville WA.98270) Ph. 425-249-2034

<https://carmona-construction.com>

**SOLICITUD DE EMPLEO**

**Somos un empleador de igualdad de oportunidades**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
Primero Medio Última

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle Apt/Suite Ciudad Estado Código postal

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**POSICION APLICADA PARA:** \_\_\_\_\_ **PAGO DESEADO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DISPONIBLE:** \_\_\_\_\_

**¿TIENE AL MENOS 18 AÑOS DE EDAD?** \_\_\_\_\_

Educacion			
Nivel Escolar	Nombre y Ubicación de la Escuela		Fecha Graduado
High School			

ANTIGUOS EMPLEADORES			
Fecha(s) Mes/año	Nombre y ubicación del empleador	Posición	Motivo para irse
De:			
Para:			
De:			
Para:			
De:			
Para:			

**Autorización**

*Certifico que los hechos contenidos en esta solicitud son verdaderos y completados a mi leal saber y entender que si las declaraciones falsificadas empleadas en esta solicitud serán motivo de despido.*

*Autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en este documento y de los empleadores enumerados anteriormente para darle toda la información relativa al empleo anterior y una información pertinente que puedan tener, personal o de otro tipo, y liberar a la empresa de la responsabilidad de los daños que puedan resultar de la utilización de dicha información.*

*Entiendo y acepto que ningún representante de la empresa tiene ningún acuerdo de empleo durante un tiempo especificado, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior, a menos que sea por escrito por un representante autorizado de la empresa.*

Firma del solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_

Carmona Construcción LLC es un empleador de oportunidad de empleado, no discriminaremos y tomaremos medidas afirmativas para asegurar contra la discriminación en el empleo, reclutamiento, anuncios de empleo, compensación, terminación, promoción y cualquier otra condición de empleo contra cualquier empleado o solicitante en las bases de la raza, color, ascendencia, origen nacional, género, orientación sexual, estado civil, religión, edad, discapacidad, identidad de género, resultados de pruebas genéticas, discapacidad, estado de veterano o cualquier otra característica protegida por la ley.

## Política de conducción de vehículos Company

El propósito de esta política es garantizar la seguridad de aquellas personas que conducen vehículos de la empresa y garantizar que Carmona Construction se retraye profesionalmente mientras nuestros vehículos están en la carretera. Los accidentes de vehículos pueden ser costosos para Carmona Construction, pero lo más importante es que pueden resultar en lesiones a usted u otros. Es responsabilidad del conductor operar el vehículo de una manera segura y conducir defensivamente para evitar lesiones y daños a la propiedad. Carmona Construction espera que cada conductor conduzca de manera segura y cortés de acuerdo con las siguientes reglas.

### Directrices para el conductor y requisitos de presentación de informes

8. Los vehículos de la empresa deben ser conducidos n por empleados autorizados solamente.
9. Cualquier empleado que tenga una licencia de conducir suspendida o revocada notificará inmediatamente al Gerente de Recursos Humanos y a su Supervisor y descontinuará inmediatamente la operación del vehículo de la empresa. Si no lo hace, puede dar lugar a medidas disciplinarias, incluida la terminación del empleo.
10. Todos los accidentes en vehículos de la empresa, independientemente de la gravedad, deben ser reportados a la policía y al Gerente de Recursos Humanos y Al Supervisor Directo. Los accidentes deben ser reportados inmediatamente (desde la escena o tan pronto como sea práctico)
11. El conductor debe reportar todas las violaciones de boletos recibidas durante la operación de un vehículo de la compañía y son responsables de cualquier cargo asociado con el boleto.
12. Los registros de vehículos de motor se pueden obtener en todos los conductores. Un registro de conducción que no cumpla con los criterios establecidos en esta política resultará en la pérdida de privilegio de conducir un vehículo de la empresa.
13. Los Vehículos de empresa son una representación visible de Carmona Construction y deben lavarse/limpiarse por dentro y por fuera para mantener una imagen profesional de la empresa.
14. El mantenimiento debe hacerse en el vehículo según las directrices del fabricante y es responsabilidad del conductor para programar y realizar el servicio regular.

### Criterios y Administración del Conductor

Los empleados deben tener una licencia válida y actual del río dpara operar un vehículo dela empresa, o un vehículo personal con seguro de automóvil actual mientras están en el negocio de la compañía. Todos los empleados que conducen su vehículo personal hacia y desde el trabajo deben tener una licencia de conducir válida y actual y una prueba de seguro.

Se espera que los empleados conduzcan de manera segura y responsable y mantengan un buen historial de conducción. Los criterios que pueden indicar un registro inaceptable incluyen, pero no se limitan a:

- Tres o más violaciones en movimiento en un año.
- Tres o más accidentes imputables en un año. El cargable significa que se determina que el conductor es la causa principal del accidente.
- Cualquier combinación de accidentes y/o violaciones en movimiento.

### Reglas de seguridad del conductor

7. Conducir por negocios que noseande la empresa y/o conducir un vehículo de la empresa bajo la influencia de intoxicantes y/o drogas (que podrían afectar a la capacidad de conducción) está prohibido y es motivo suficiente para la disciplina, hasta e incluyendo la terminación del empleo.
8. Uso del dispositivo electrónico personal (teléfono celular, tableta, computador portátil, etc.) mientras que la conducción es ilegal de conformidad con RCW 46.61.667 y está estrictamente prohibido, esto incluye mantener un dispositivo en una o ambas manos, el uso de una mano odedo para componer, enviar, read, ver, acceder, navegar, transmitir, guardar, o recuperar un correo electrónico, mensajede texto, mensajeinstantáneo, fotografía, o cualquier otro dato electrónico (vídeo / transmisión de música, etc.) o ver vídeos en un dispositivo.
9. Ningún personal no autorizado puede viajar en vehículos de la compañía.
10. Todos los conductores y pasajeros que operen o viajen en un vehículo de la empresa deben llevar puesto el cinturón de seguridad de conformidad con rcW 46.61.688.
11. Los conductores son responsables de la seguridad del vehículo de la empresa asignado a ellos.
12. Todas las leyes estatales y locales deben ser obedecidas.

### Procedimientos de accidentes

5. Para minimizar los resultados de un accidente, el conductor debe prevenir más daños o lesiones y obtener toda la información pertinente e informar con precisión.
  - Llame a la Ayuda Médica si es necesario
  - Llamar a la policía, todos los accidentes, independientemente de la gravedad deben ser reportados a la policía.
  - Registros y direcciones del conductor, testigos y ocupantes de los otros vehículos y de cualquier personal médico que pueda llegar a la escena.
  - Registre el número de licencia de otros conductores, compañías de seguros y números de póliza de otros vehículos, la fabricación, el modelo y el año de otros vehículos, y las condiciones climáticas generales. Si es posible, tome fotos de cualquier daño a los vehículos o a la propiedad.
6. No discutas el accidente con nadie en la escena excepto con la policía. No acepte ninguna responsabilidad por el accidente. No discutas con nadie.
7. Demuestre a la otra parte con su nombre, dirección, licencia de conducir e información de seguro.
8. Informe inmediatamente el accidente a su supervisor.

### Reglas de camiones/remolques

2. Los conductores de camiones o camiones y remolques deben conocer la clasificación bruta del peso del vehículo (GVWR) y asegurarse de que la carga no exceda el GVWR. Los conductores son responsables de cualquier tarifa / multas por las sanciones asociadas con sus acciones.

Al firmar este formulario, usted acepta que ha leído y comprende la Política de Conductor esdesordero del vehículo de la empresa, y cualquier violación de esta política puede conducir a la disciplina, hasta e incluyendo la terminación.

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---



9323 State Ave Marysville WA 98270 (9323 Estado de Marysville WA 98270) Ph. 425-249-2034

<https://carmona-construction.com>

---

Carmona Employee Portal is now up and running.

The portal will have important employee notices, employee forms, job openings and upcoming events.

Employee forms include:

- Employee Handbook
- Paid Time Off Requests
- Paid Family Medical Leave Information
- Health Insurance Forms
- 401k Info
- Direct Deposit Forms
- 2020 W-4
- Address updates

If there are other items you would like to see other items added to the portal, please email me at

[lstout@carmona-construction.com](mailto:lstout@carmona-construction.com)

To access the portal, use this link: <https://carmonallc.sharepoint.com/sites/CarmonaEmployeePortal>

Enter the username: [portaluser@carmona-construction.com](mailto:portaluser@carmona-construction.com)

Password: Carmona1

\*Note that if you are signed in to Office 365, you will need to open a new InPrivate window to access the portal.



9323 State Ave Marysville WA 98270 (9323 Avenida EstaDela Marysville WA.98270) Ph. 425-249-2034  
<https://carmona-construction.com>

---

#### Información de contacto de emergencia

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

En caso de emergencia, póngase en contacto con:

Contacto principal

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto secundario

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Este formulario debe almacenarse en la carpeta del empleado y utilizarse únicamente para emergencias.

#### Reconocimiento del Manual del Empleado

Mi firma debajo de que he recibido una copia del Manual del Empleado de Carmona Construcción LLC. Entiendo que este manual contiene información sobre las reglas, regulaciones y beneficios de Carmona Construcción LLC que me afectan como empleado. Reconozco que he leído y entiendo las políticas y la información dentro del manual.

También entiendo que la empresa puede revisar, complementar, rescindir políticas, procedimientos o beneficios descritos en el manual, con o sin previo aviso. Puede acceder al manual del empleado en cualquier momento a través del portal del empleado o solicitar una copia impresa en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consejo Consultivo de Igualdad de Empleo**  
**Alternativa Revisada "Cuestionario de Empleado**  
**Sugerido" para la Autoidentificación de raza/etnicidad**

---

**Instrucciones**

POR FAVOR LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR  
ESTE FORMULARIO

**Aviso antidiscriminación.** Es una práctica de empleo ilegal que un empleador no contrate o se niegue a contratar o desabasar a cualquier individuo, o quede otro modo discrimine cualquier individual con respecto a los términos y condiciones de empleo de esa persona, debido a la raza, color, religión, sexo u origen nacional de dicha persona.

Este empleador está sujeto a ciertos requisitos de mantenimiento de registros y presentación de registros de acciones afirmativas que requieren que el empleador invite a los empleados a autoidentificar voluntariamente su raza/etnicidad. La presentación de esta información es voluntaria y la negativa a proporcionarla no le someterá a ningún tratamiento adverso. La información obtenida semantendrá confidencial y solo podrá utilizarse de conformidad con las disposiciones de las leyes, órdenes ejecutivas y reglamentos federales aplicables, incluidas aquellas que requieran que la información se resuma e informe al Gobierno Federal para fines civiles decumplimiento.

Si decide no autoidentificar su raza/etnicidad en este momento, el gobierno federal requiere que este empleador determine esta información mediante una encuesta visual y/u otra información disponible.

Sólo con fines de vigilancia y observancia de los derechos civiles, toda la información sobre raza/etnicidad se recopilará e informará en las siete categorías identificadas a continuación. Las definiciones para cada categoría han sido establecidas por el gobierno federal. Si decide autoidentificarse voluntariamente, puede marcar solo una de las casillas que se presentan a continuación.

---

**INVITACIÓN A AUTOIDENTIFICARSE**

POR FAVOR, RESPONDA LA SIGUIENTE PREGUNTA

¿Cuál es su raza/etnicidad? Marque la **casilla** que describe la categoría de raza/etnicidad con la que se identifica principalmente.

- Hispanic or Latino:** a person of Cuban, Mexican, Chicano, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
  - White:** a person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
  - Black or African American:** a person having origins in any of the black racial groups of Africa.
  - Asian:** a person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
  - Native Hawaiian or Other Pacific Islander:** a person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
  - American Indian or Alaska Native:** a person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains tribal affiliation or community attachment.
  - Two or More Races:** a person who primarily identifies with two or more of the above race/ethnicity categories.
-

## Autoidentificación voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305  
Página 1 de 1

Número de control de la OMB 1250-0005  
Vence el 31/May/2023

Nombre: \_\_\_\_\_  
Identificador de empleado: \_\_\_\_\_  
(si procede)

Fecha: \_\_\_\_\_

### ¿Por qué se le ha pedido que conteste este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal obligado por la ley a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas calificadas con discapacidades. También estamos obligados a medir nuestro progreso hacia el objetivo de que al menos el 7% de nuestros empleados sean personas con discapacidades. Para ello, debemos preguntarle a nuestros aspirantes y empleados si tienen o alguna vez han tenido una discapacidad. Dado que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, les pedimos a todos nuestros empleados que actualicen su información por lo menos cada cinco años.

Identificarse con una persona con discapacidad es voluntario, y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta se mantendrá confidencial y no será vista por directivos encargados de la selección, ni por otras personas que tomen decisiones sobre el personal. Contestar el formulario no tendrá ningún efecto negativo para usted, sin importar si se ha autoidentificado en el pasado. Para obtener más información sobre este formulario o sobre las obligaciones de empleo igualitario de los contratistas federales en los términos de la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación, visite el sitio de internet de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

### ¿Cómo puede saber si tiene una discapacidad?

Se considera que tiene una discapacidad si tiene algún impedimento o trastorno médico, ya sea físico o mental, que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene un historial o registro de dicho impedimento o trastorno médico. *Las discapacidades incluyen, entre otras:*

- Autismo
- Enfermedades autoinmunes, como lupus, fibromialgia, artritis reumatoide o VIH/sida
- Ceguera o problemas de la vista
- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular o cardíaca
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o problemas del oído
- Depresión o ansiedad
- Diabetes
- Epilepsia
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn o síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual
- Ausencia total o parcial de extremidades
- Trastornos del sistema nervioso, como migrañas, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple
- Trastornos psiquiátricos, como trastorno bipolar, esquizofrenia, TEPT o depresión mayor

### Marque una de las siguientes casillas:

- Sí, tengo una discapacidad o un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No, no tengo una discapacidad ni un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No quiero responder

**DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder un instrumento de recolección de información si dicho instrumento no muestra un número de control válido de la OMB. Contestar esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos.

### Solamente para uso del empleador

*Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario de la manera necesaria para fines de conservación de registros.*

*Por ejemplo:*

Puesto: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_



9323 State Ave Marysville WA 98270 (9323 Avenida EstaDela Marysville WA.98270) Ph. 425-249-2034  
<https://carmona-construction.com>

---

### Autorización Anual para Proyectos de Obras Públicas

Todas las horas trabajadas durante 8 horas al día en proyectos de obras públicas o 40 horas por semana requieren pago de horas extras. Este acuerdo cambia los requisitos diarios de pago de horas extras de 8 horas al día a 10 horas por día. Todas las horas extras y las leyes salariales vigentes se aplican a este acuerdo.

1. Ambas partes (empleado y empleador) celebran voluntariamente este acuerdo.
2. El empleado se compromete a trabajar hasta 10 horas al día en una semana laboral de 4 días sin el pago de tarifas de horas extras en proyectos de obras públicas. Ambas partes entienden que al empleado se le pagarán horas extras por cualquier trabajo realizado en proyectos de obras públicas superiores a 10 horas por día o 40 horas por semana y según lo requiera un código de horas extras salariales vigentes aplicable (ver publicaciones salariales).
3. Ambas partes entienden que puede haber días en los que no haya 10 horas de trabajo completas y que el resto de las 40 horas pueden compensarse en otro día laborable o días dentro de la misma semana laboral. El trabajo realizado a ciertas horas del día y el trabajo realizado los sábados, domingos o festivos están sujetos a las reglas salariales vigentes establecidas para un comercio u ocupación determinado según lo dispuesto por la ley estatal. (RCW 39.12)
4. Ambas partes entienden que este acuerdo es válido por 1 año y expira el 31 de diciembre de 2020. Un nuevo acuerdo debe ser acordado y firmado voluntariamente por ambas partes anualmente. Este acuerdo se realiza de conformidad con RCW 49.28.065 y WAC 296-127-022

Firmado y acordado por:

Empleado Empleador

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión y título del trabajo

\_\_\_\_\_  
Fecha





9323 State Ave Marysville WA 98270 (9323 Avenida EstaDela Marysville WA.98270) Ph. 425-249-2034  
<https://carmona-construction.com>

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO**  
**EL DEPÓSITO DIRECTO ES OBLIGATORIO PARA TODOS LOS EMPLEADOS**

**INFORMACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO**

Nombre en la cuenta \_\_\_\_\_ Nombre del Banco \_\_\_\_\_  
¿Cuenta de cheques o de ahorros? \_\_\_\_\_  
Número de ruta \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO**

Autorizo a Carmona Construction LLC y a mi banco a depositar automáticamente mi cheque de pago en mi cuenta (esto incluye mi autorización para corregir las entradas realizadas por error). Esta autorización permanecerá en vigor hasta que notifique a cancel.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PAYSTUBS ELECTRÓNICOS**

Carmona Construction LLC ofrece paystubs electrónicos por correo electrónico. Si desea recibir su paystub por correo electrónico. Por favor, imprima su dirección de correo electrónico. Dirección de correo electrónico:

Las siguientes empresas ofrecen tarjetas Visa que se pueden utilizar para depositar su cheque de nómina. Carmona Construction LLC no respalda ni recomienda ninguna compañía. Hay muchas opciones y depende del empleado encontrar la tarjeta que funciona para ellos.

Walmart Money Card [www.walmartmoneycard.com](http://www.walmartmoneycard.com) 1-800-937-4098

Chime [www.chime.com](http://www.chime.com) 1-855-981-7557

[www.varomoney.com](http://www.varomoney.com) lanzamiento de Wwww.varomoney.com 1-800-827-6526

**FORMULARIO DE DEDUCCIÓN DE NÓMINA**

Los empleados pueden tener la oportunidad de comprar artículos como-sudaderas, herramientas o otros artículos relacionados con el trabajo. Todos los artículos comprados a través de la empresa se deducirán el siguiente día de pago. Los empleados pueden ser asignados para conducir un vehículo de la empresa. El empleado pagará todas las violaciones recibidas mientras opera un vehículo de la empresa a través de una deducción de nómina.

Tras el cese del empleo, el empleado de separación debe devolver todas las propiedades de la empresa antes de su último día de empleo, incluidos, entre otros, teléfonos celulares y accesorios, ordenadores portátiles, tabletas, llaves, EPI (como protección contra caídas), herramientas, etc.

Al firmar a continuación, usted acepta las deducciones de nómina y acepta que la propiedad de la empresa no devuelta resultará en una deducción del costo de dichos artículos del cheque de pago final del empleado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

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

## 2020

**Paso 1:**  
**Anote su información personal**

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

**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, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en línea y conocer acerca de su privacidad.

**Paso 2:**  
**Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan**

Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo 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](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) **o**

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada **o**

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario . . . . . ▶

**CONSEJO:** Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2020 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos de trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador de retención de impuestos.

**Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) 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(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

<p><b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de dependientes</b></p>	<p>Si su ingreso va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . . <b>3</b> \$ _____</p>	
<p><b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros ajustes</b></p>	<p>(a) <b>Otros ingresos</b> (no incluya los ingresos de ningún empleo). 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 . . . . . <b>4(a)</b> \$ _____</p> <p>(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . . <b>4(b)</b> \$ _____</p> <p>(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . . <b>4(c)</b> \$ _____</p>	

<p><b>Paso 5:</b> <b>Firme aquí</b></p>	<p>Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.</p>		
	<p>▶ _____ ▶</p> <p><b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).</p>		<p>_____ <b>Fecha</b></p>

<p><b>Para uso exclusivo del empleador</b></p>	<p>Nombre y dirección del empleador</p>	<p>Primera fecha de empleo</p>	<p>Número de identificación del empleador (EIN)</p>
--	---	--------------------------------	---

## Instrucciones Generales

### Acontecimientos Futuros

Si desea informarse sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

### Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4(SP) 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(SP) 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(SP) nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés.

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2020 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2019 usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2020 usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2019 si (1) su impuesto total en la línea **16** de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2019 es cero (o si la línea **16** es menor que la suma de las líneas **18a**, **18b** y **18c**) 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 2020. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "*Exempt*" (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1a, 1b y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 16 de febrero de 2021.

**Su privacidad.** Si prefiere limitar la información proporcionada en los Pasos 2 a 4, utilice el estimador de retención de impuestos en línea, el cual también aumentará la precisión.

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información 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). Si éste es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

**Cuándo usar el estimador de retención de impuestos.** Considere usar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Tiene ingresos por dividendos o ganancias de capital o sus ingresos están sujetos a impuestos adicionales, como el impuesto adicional del *Medicare*;
3. Tiene ingresos del trabajo por cuenta propia (vea a continuación); o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para múltiples situaciones de empleo.

**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 del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si desea pagar estos impuestos mediante la retención de su salario, use el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular la cantidad a 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), en inglés, 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 trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

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.

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(SP) 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 más o menos 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 un solo Formulario W-4(SP). La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto.

**Paso 3.** El Paso 3 del Formulario W-4(SP) 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 a partir del 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 972, *Child Tax Credit and Credit for Other Dependents* (Crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** en este paso, como los créditos tributarios por estudios y el crédito por impuestos extranjeros. Para hacerlo, sume un estimado de la cantidad 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, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés.

**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 2020 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** (Guardar en sus archivos)



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4(SP) (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4(SP). 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(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**.

**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](http://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 trabajo 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 el resultado 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 trabajo 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 el resultado 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(SP) 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** (Guardar en sus archivos)



- 1 Anote una estimado de sus deducciones detalladas de 2020 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040 o 1040-SR)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios calificados, contribuciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos . . . . . 1 \$ \_\_\_\_\_
- 2 Anote: 

}	• \$24,800 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos
	• \$18,650 si es cabeza de familia
	• \$12,400 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. 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 del Anexo 1 (Formulario 1040 o 1040-SR)). 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(SP) . . . . . 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 y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE.UU. y posesiones (territorios) estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas, y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para 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 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 envíenlosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

**Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo 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	\$220	\$850	\$900	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,210	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	220	1,220	1,900	2,100	2,220	2,220	2,220	2,220	2,410	3,410	4,070	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,900	2,730	2,930	3,050	3,050	3,050	3,240	4,240	5,240	5,900	5,900
\$30,000 - 39,999	900	2,100	2,930	3,130	3,250	3,250	3,440	4,440	5,440	6,440	7,100	7,100
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,050	3,250	3,370	3,570	4,570	5,570	6,570	7,570	8,220	8,220
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,050	3,250	3,570	4,570	5,570	6,570	7,570	8,570	9,220	9,220
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,050	3,440	4,570	5,570	6,570	7,570	8,570	9,570	10,220	10,220
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,240	4,440	5,570	6,570	7,570	8,570	9,570	10,570	11,220	11,240
\$80,000 - 99,999	1,060	3,260	5,090	6,290	7,420	8,420	9,420	10,420	11,420	12,420	13,260	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	5,900	7,100	8,220	9,320	10,520	11,720	12,920	14,120	14,980	15,180
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,390	11,590	12,790	13,990	15,190	16,050	16,250
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,390	11,590	12,790	13,990	15,520	17,170	18,170
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,390	11,590	13,120	15,120	17,120	18,770	19,770
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,470	7,870	9,190	10,720	12,720	14,720	16,720	18,720	20,370	21,370
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,470	8,200	10,320	12,320	14,320	16,320	18,320	20,320	21,970	22,970
\$320,000 - 364,999	2,720	5,920	8,750	10,950	13,070	15,070	17,070	19,070	21,290	23,590	25,540	26,840
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,600	12,100	14,530	16,830	19,130	21,430	23,730	26,030	27,980	29,280
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,170	12,870	15,500	18,000	20,500	23,000	25,500	28,000	30,150	31,650

**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	\$460	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,470	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	940	1,530	1,610	2,060	3,060	3,460	3,460	3,460	3,640	3,830	3,830	3,830
\$20,000 - 29,999	1,020	1,610	2,130	3,130	4,130	4,540	4,540	4,720	4,920	5,110	5,110	5,110
\$30,000 - 39,999	1,020	2,060	3,130	4,130	5,130	5,540	5,720	5,920	6,120	6,310	6,310	6,310
\$40,000 - 59,999	1,870	3,460	4,540	5,540	6,690	7,290	7,490	7,690	7,890	8,080	8,080	8,080
\$60,000 - 79,999	1,870	3,460	4,690	5,890	7,090	7,690	7,890	8,090	8,290	8,480	9,260	10,060
\$80,000 - 99,999	2,020	3,810	5,090	6,290	7,490	8,090	8,290	8,490	9,470	10,460	11,260	12,060
\$100,000 - 124,999	2,040	3,830	5,110	6,310	7,510	8,430	9,430	10,430	11,430	12,420	13,520	14,620
\$125,000 - 149,999	2,040	3,830	5,110	7,030	9,030	10,430	11,430	12,580	13,880	15,170	16,270	17,370
\$150,000 - 174,999	2,360	4,950	7,030	9,030	11,030	12,730	14,030	15,330	16,630	17,920	19,020	20,120
\$175,000 - 199,999	2,720	5,310	7,540	9,840	12,140	13,840	15,140	16,440	17,740	19,030	20,130	21,230
\$200,000 - 249,999	2,970	5,860	8,240	10,540	12,840	14,540	15,840	17,140	18,440	19,730	20,830	21,930
\$250,000 - 399,999	2,970	5,860	8,240	10,540	12,840	14,540	15,840	17,140	18,440	19,730	20,830	21,930
\$400,000 - 449,999	2,970	5,860	8,240	10,540	12,840	14,540	15,840	17,140	18,450	19,940	21,240	22,540
\$450,000 y más	3,140	6,230	8,810	11,310	13,810	15,710	17,210	18,710	20,210	21,700	23,000	24,300

**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	\$830	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,480	\$1,870	\$1,870	\$1,930	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	830	1,920	2,130	2,220	2,220	2,680	3,680	4,070	4,130	4,330	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	930	2,130	2,350	2,430	2,900	3,900	4,900	5,340	5,540	5,740	5,850	5,850
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,430	2,980	3,980	4,980	6,040	6,630	6,830	7,030	7,140	7,140
\$40,000 - 59,999	1,020	2,530	3,750	4,830	5,860	7,060	8,260	8,850	9,050	9,250	9,360	9,360
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,310	6,600	7,800	9,000	10,200	10,780	10,980	11,180	11,580	12,380
\$80,000 - 99,999	1,900	4,300	5,710	7,000	8,200	9,400	10,600	11,180	11,670	12,670	13,580	14,380
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,850	7,140	8,340	9,540	11,360	12,750	13,750	14,750	15,770	16,870
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,850	7,360	9,360	11,360	13,360	14,750	16,010	17,310	18,520	19,620
\$150,000 - 174,999	2,040	5,060	7,280	9,360	11,360	13,480	15,780	17,460	18,760	20,060	21,270	22,370
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,130	10,480	12,780	15,080	17,380	19,070	20,370	21,670	22,880	23,980
\$200,000 - 249,999	2,970	6,470	8,990	11,370	13,670	15,970	18,270	19,960	21,260	22,560	23,770	24,870
\$250,000 - 349,999	2,970	6,470	8,990	11,370	13,670	15,970	18,270	19,960	21,260	22,560	23,770	24,870
\$350,000 - 449,999	2,970	6,470	8,990	11,370	13,670	15,970	18,270	19,960	21,260	22,560	23,900	25,200
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,560	12,140	14,640	17,140	19,640	21,530	23,030	24,530	25,940	27,240



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

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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		Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>	
Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>		City or Town	State ZIP Code

Employer Completes Next Page



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

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

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

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

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

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

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

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

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative Temporary Solutions HR	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name Temporary Solutions NC OSHR	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) 1110 Navaho Drive., Ste 200		City or Town Raleigh	State NC	ZIP Code 27609

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

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

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

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

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

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

## LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

### All documents must be UNEXPIRED

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

<b>LIST A</b> <b>Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization</b>	OR	<b>LIST B</b> <b>Documents that Establish Identity</b>	AND	<b>LIST C</b> <b>Documents that Establish Employment Authorization</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U.S. Passport or U.S. Passport Card</li> <li>2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)</li> <li>3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa</li> <li>4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)</li> <li>5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Foreign passport; and</li> <li>b. Form I-94 or Form I-94A that has the following:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) The same name as the passport; and</li> <li>(2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address</li> <li>2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address</li> <li>3. School ID card with a photograph</li> <li>4. Voter's registration card</li> <li>5. U.S. Military card or draft record</li> <li>6. Military dependent's ID card</li> <li>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</li> <li>8. Native American tribal document</li> <li>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</li> <li style="text-align: center;"><b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b></li> <li>10. School record or report card</li> <li>11. Clinic, doctor, or hospital record</li> <li>12. Day-care or nursery school record</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT</li> <li>(2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION</li> <li>(3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION</li> </ol> </li> <li>2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)</li> <li>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</li> <li>4. Native American tribal document</li> <li>5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)</li> <li>6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)</li> <li>7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security</li> </ol>

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

**Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.**



Historia médica

¿Alguna vez ha tenido, o ahora tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

Epilepsia, Convulsiones o Convulsiones Sí  No

Diabetes Sí  No

Trastornos cardiovasculares/cardíacos Sí  No

TB/Asma/Trastornos pulmonares Sí  No

Hipertensión/Presión arterial alta Sí  No

Problemas oculares Sí  No

Hemofilia Sí  No

Discapacidad auditiva Sí  No

Hernia Sí  No

Lesión de Espalda/Cuello Sí  No

Muñeca/Codo/Rodilla/Lesiones del hombro Sí  No

Otros Sí  No

¿Tiene algún impedimento permanente? Sí  No

¿Tomas medicamentos recetados? Sí  No

Si respondió que sí, describa:

---

---

---

La siguiente información ayudará a su supervisor a colocarle para el trabajo que mejor se adapte a sus capacidades.

¿Puedes subir una escalera vertical de 25'? Sí  No

¿Está  familiarizado con las técnicas de elevación adecuadas? Sí  No

¿Puedes levantar de forma segura hasta 50 lbs.? Sí  No  ¿Puedes pararte o caminar hasta 8 horas al día? Sí  No

¿Puedes usar un respirador? Sí  No  ¿Te molesta arrodillarse o agacharte? Sí  No

¿Te molestan los humos, el humo o el polvo? Sí  No  ¿Te molesta el alcance superior? Sí  No

¿Te molestan las alturas? Sí  No  ¿Te  molestan los espacios confinados? Sí  No

Si respondió que sí, describa: \_\_\_\_\_

---

---

Por favor, lea e inicialice los siguientes elementos:

Soy físicamente capaz de realizar el trabajo incluyendo levantar, transportar y manejar materiales y equipos \_\_\_\_\_

Buscaré ayuda si una tarea está más allá de las capacidades \_\_\_\_\_

Voy a informar de cualquier accidente de trabajo o casi falta que estoy al tanto de \_\_\_\_\_

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nota: Este formulario debe ser completado por nuevos empleados después de la contratación y antes de comenzar el trabajo. Esta información está destinada a ayudar a la colocación adecuada del trabajo, tratamiento médico de emergencia, identificación de las necesidades de adaptación y para facilitar la recuperación de lesiones secundarias. Los trabajadores de segundas lesiones y los programas de Trabajadores Preferidos se crean para promover la contratación de personas discapacitadas y previamente lesionadas. Esta información solicitada es necesaria para la administración de estos programas. La información solicitada en este documento no se utilizará de ninguna manera contraria a cualquier Ley o Reglamento.