

FL Simply PDO Program  
Public Partnerships, LLC  
One Cabot Road  
Medford, MA 02105

**Trabajador de servicio directo (DSW)**  
***Paquete de inscripción***

Teléfono: 1-877-908-1749  
TTY: 1-800-360-5899  
Fax: 1-855-206-1212  
Correo electrónico: [flsimplypdo@pcgus.com](mailto:flsimplypdo@pcgus.com)  
Sitio web: [www.publicpartnerships.com](http://www.publicpartnerships.com)

Estimado trabajador de servicio directo:

Bienvenido. Usted está recibiendo este paquete porque un participante de Opción dirigida por el participante de Florida lo ha contratado para ofrecer servicios. Public Partnerships, LLC (PPL) es el Agente fiscal/Agente del empleador (F/EA) que trabaja con su empleador a través del programa PDO.

Después de que usted y su Trabajador de servicio directo (DSW) examinen, completen y firmen todos los formularios, PPL hará sus pagos de DSW(s). PPL puede ayudarle y apoyarle. Sin embargo, debemos seguir todas las leyes federales, estatales y locales de impuestos. Antes de comenzar a hacer sus pagos de DSW(s), todos los formularios de Empleador registrado y la documentación de DSW deben estar firmados y enviados de vuelta a PPL.

Todos los formularios de inscripción de DSW requeridos que deben ser llenados y devueltos a PPL están adjuntos a esta carta. La Lista de verificación de los formularios de inscripción muestra dónde enviar la documentación.

¿Necesita un nuevo formulario? Llame a PPL o imprima una copia desde el sitio web de PPL. Para imprimir un formulario desde el sitio web:

1. Vaya a [www.publicpartnerships.com](http://www.publicpartnerships.com)
2. Haga clic en "Program Login (Inicio de sesión en el programa)" en la esquina superior derecha
3. Seleccione "Florida" del menú desplegable
4. Haga clic en el enlace "Simply"

Este paquete tiene pasos útiles a través de todo el mismo. Algunas páginas son solo para su información y no tienen que ser devueltas de PPL.

Debe llenar un paquete para cada participante que lo contrate. Si dos personas en la misma casa lo contratan, debe llenar un paquete para cada persona.

Algunos de estos formularios pueden ser difíciles de entender. Si tiene alguna pregunta, llámenos a la línea gratuita al 1-877-908-1749, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 1 p.m. hora del Este.

**¿Tiene preguntas sobre el plan o los beneficios del participante?** Hágasela al administrador de casos del participante o llame a la línea gratuita de Servicios para Afiliados de Simply al 1-877-440-3738 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., hora del Este. O visite [www.simplyhealthcareplans.com/medicaid](http://www.simplyhealthcareplans.com/medicaid).

Quedamos a la espera de ayudarle.

Atentamente,

Public Partnerships, LLC

Adjunto: Paquete de inscripción de trabajador de servicio directo



**CREACIÓN de una cuenta de Trabajador de Servicio Directo:**

Por favor complete y envíe los siguientes formularios a PPL *de inmediato*:

- Formulario de Información y Certificación Laboral
- Formulario W-4 del IRS
- Formulario I-9 de USCIS: Verificación de Elegibilidad de Empleo

**INFORMACIÓN para el Trabajador de Servicio Directo:**

Por favor guarde en sus archivos la siguiente información:

- Información para el Formulario de Exenciones de Impuestos
- Información para la Declaración Jurada de Cumplimiento de la Investigación de Antecedentes
- Información de Depósito Directo y de la Tarjeta de Pago
- Requisitos para Credenciales
- RT-83
- Calendario de pagos
- Hoja de Asistencia en Papel
- Instrucciones para la Hoja de Asistencia en Papel
- Guía del Portal Web de PPL
- Declaración Jurada de Cumplimiento del DSW
- Formulación de Recibo de la Declaración de Privacidad
- Formulario de Cambio de Tarifas
- Formulario de Cambio de Información/Terminación
- Información de Contacto de Servicio al Cliente

**Todos los formularios requeridos deben ser firmados y devueltos a PPL.**

Si tiene alguna pregunta, llame a PPL al 1-877-908-1749.

**DÓNDE ENVIAR LOS FORMULARIOS:**

**POR FAX: 1-855-206-1212**

**O**

**POR CORREO POSTAL: Programa Simply Healthcare**  
Public Partnerships, LLC  
One Cabot Road, Suite 102  
Medford, MA 02155

## Trabajador de Servicio Directo (DSW) Formulario de Información y Certificación Laboral

Con el fin de procesar sus pagos por el servicio, Public Partnerships, LLC (PPL) necesita recopilar toda la información detallada a continuación. Por favor, complete, firme y feche las ocho (8) páginas del *Formulario de Información y Certificación Laboral* en su totalidad y envíelo a PPL.

<b>Nombre del participante:</b>	<b>Apellido del participante:</b>
---------------------------------	-----------------------------------

<b>Nombre del DSW:</b>	<b>Segundo nombre del DSW:</b>	<b>Apellido del DSW:</b>
<b>Apodo/Nombre(s) de soltera</b>		<b>Relación del DSW con el participante:</b>

### Información de contacto

<b>Dirección física</b> <i>(dejar en blanco si es igual que la dirección postal)</i>	
<b>Dirección física 2 (apto., número, etc...)</b> <i>(dejar en blanco si es igual que la dirección postal)</i>	
<b>Ciudad</b> <i>(dejar en blanco si es igual que la dirección postal)</i>	<b>Estado y código postal</b> <i>(dejar en blanco si es igual que la dirección postal)</i>
<b>Condado</b> <i>(dejar en blanco si es igual que la dirección postal)</i>	
<b>Dirección postal</b>	
<b>Dirección postal 2 (apto., número, etc...)</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado y código postal</b>
<b>Condado</b>	

<b>N° de telf. principal / Anexo</b>	<b>N° de teléfono celular</b>
<b>N° de teléfono alternativo</b>	<b>N° de fax:</b>
<b>Dirección de correo electrónico</b>	

<b>Persona de contacto para emergencias:</b>	
<b>Teléfono de contacto para emergencias:</b>	<b>Relación:</b>

<b>N° de identificación tributaria / Número de seguro social</b> ____-____-____-____-____-____-____-____	<b>Fecha de nacimiento</b> ____/____/____
<b>Género</b> ____ Masculino    ____ Femenino	<b>Estado civil</b> ____ Soltero    ____ Casado

### Información de Solicitud de Verificación de Antecedentes Penales

<b>Lugar de nacimiento</b>			
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Condado (si se conoce)</b>	<b>País</b>

<b>Raza (por favor marque una)</b> ____ Indio Nativo Americano y/o Natural de Alaska    ____ Asiático o Isleño del Pacífico    ____ Negro    ____ Blanco (incluye mejicanos y latinos)    ____ Desconocida
--

<b>Color de ojos (por favor marque uno)</b> ____ Negro    ____ Azul    ____ Marrón    ____ Verde    ____ Gris    ____ Castaño    ____ Bermellón    ____ Multicolor    ____ Rosa    ____ Desconocido
---

<b>Color de cabello (por favor marque uno)</b> ____ Calvo    ____ Negro    ____ Rubio    ____ Azul    ____ Marrón    ____ Verde    ____ Gris    ____ Naranja    ____ Púrpura    ____ Rosa    ____ Rojo    ____ Rubio oscuro    ____ Blanco    ____ Desconocido
--

<b>Altura</b> ____ Pies    ____ Pulgadas	<b>Peso (Libras)</b> _____
--	----------------------------

**Tarifa de Pago para Trabajadores de Servicio Directo (DSW)**  
(Esta información es necesaria para procesar sus hojas de asistencia)

Servicio (Código de Procedimiento)	Tarifa por hora
Servicios de acompañamiento para adultos	\$
Servicios de ayudante	\$
Ama de llaves	\$
Servicios de atención personal	\$
Enfermería especializada e intermitente	\$

**Detalles de información de la cuenta**

(Esta información es necesaria para procesar su pago a través de una tarjeta de pago o depósito directo. Sólo completar una)

**Para configurar el Depósito Directo:**

Por favor incluya una copia de un cheque en blanco o una carta de su banco confirmando el número de enrutamiento del banco y de la cuenta bancaria.

**Nombre de la Institución Financiera** (sólo para el Depósito Directo)

**Número de Cuenta Bancaria**

**Número de Enrutamiento**

**Tipo de cuenta** (por favor marque uno, sólo para el Depósito Directo)

Cuenta corriente

Ahorros

Tarjeta de débito

**Para configurar una Tarjeta de Débito:**

Por favor, indique a continuación que a usted le gustaría usar la Tarjeta de Débito.

SÍ, deseo recibir pagos a través de la Tarjeta de Débito.

NO, voy a recibir el pago mediante Depósito Directo en mi cuenta corriente o de ahorros.

## Estado de la relación

(Esta información es necesaria para que podamos determinar si usted es elegible para la exención del pago de impuestos)

1. ¿Es usted un extranjero no residente que se encuentra temporalmente en los Estados Unidos con una visa F-1, J-1, M-1 o Q-1 y que ha sido admitido en los EE.UU. con el fin de proporcionar servicios domésticos?

\_\_\_ Sí, esta descripción se ajusta a mi estado \_\_\_ No, esta descripción no se ajusta a mi estado

2. ¿Es usted hijo del empleador (incluye hijos adoptados)?

\_\_\_ Sí, mi empleador es mi padre (madre o padre) \_\_\_ No, mi empleador no es mi padre

3. ¿Es usted cónyuge del empleador?

\_\_\_ Sí, mi empleador es mi cónyuge (esposo o esposa) \_\_\_ No, mi empleador no es mi cónyuge

4. ¿Es usted padre del empleador (incluye hijos adoptados)?

\_\_\_ Sí, mi empleador es mi hijo o hija \_\_\_ No, mi empleador no es mi hijo

5. Si respondió "Sí" a la Pregunta 4, marque cualquiera de las siguientes opciones que correspondan. Si su respuesta es "No", pase a la Pregunta 6.

\_\_\_ Sí, yo también suministro atención a mi nieto o nieto adoptivo en la casa de mi hijo.

\_\_\_ Sí, mi nieto o nieto adoptivo es menor de 18 años, o tiene una condición física o mental que requiere el cuidado personal de un adulto por lo menos durante cuatro semanas continuas durante el trimestre natural en el que se prestan los servicios.

\_\_\_ Sí, mi hijo o hija es viudo y divorciado y no se ha vuelto a casar, o vive con un cónyuge que tiene una condición física o mental, que impide que el cónyuge pueda cuidar a mi nieto durante al menos cuatro semanas continuas durante el trimestre natural en que se llevan a cabo los servicios.

6. ¿Es usted menor de 18 años o cumplirá 18 este año calendario?

\_\_\_ Sí, soy menor de 18 años o cumpliré 18 este año. \_\_\_ No, tengo más de 18 años.

*Si respondió "Sí" a la Pregunta 6, responda la siguiente pregunta. Si su respuesta es "No", pase directamente a las siguientes preguntas.*

¿Esta tarea de llevar a cabo servicios domésticos (de descanso o enfermería) es su ocupación principal?

**Nota:** No conteste "Sí" si usted es un estudiante.

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Las descripciones de los servicios generales se enumeran a continuación:**

Servicio PDO	Descripción
<p align="center"><b>Servicios de acompañamiento para adultos</b></p> <p align="center">S5135</p>	<p>Cuidado no médico, supervisión y socialización proporcionada a un adulto con discapacidad funcional. Los acompañantes asisten o supervisan el afiliado con tareas tales como la preparación de las comidas o servicio de lavandería y de compras, pero no llevan a cabo estas actividades como servicios discretos. La prestación de servicios de acompañamiento no supone atención directa de enfermería. Este servicio incluye tareas de limpieza ligeras relacionadas con el cuidado y la supervisión del afiliado.</p>
<p align="center"><b>Servicios de ayudante</b></p> <p align="center">S5125</p>	<p>Atención directa, tanto de carácter de apoyo como relacionada con la salud, específica para las necesidades de un individuo médicamente estable y físicamente discapacitado. Los servicios de apoyo son aquellos que sustituyen la ausencia, pérdida, disminución o alteración de una función física o cognitiva. Este servicio puede incluir atención especializada o de enfermería en la medida permitida por la ley estatal. Actividades de limpieza, que son inherentes al desempeño de la atención también pueden ser suministradas como parte de esta actividad. El servicio de ayudante no calificado debe tener la supervisión de una enfermera registrada, con licencia para ejercer en el estado.</p>
<p align="center"><b>Servicios de ama de llaves</b></p> <p align="center">S5130</p>	<p>Actividades domésticas generales tales como la preparación de alimentos y el cuidado rutinario del hogar proporcionadas por una ama de llaves entrenada cuando el individuo regularmente responsable de estas actividades está temporalmente ausente o es incapaz de gestionar estas actividades. Servicios de tareas domésticas, incluyendo tareas domésticas pesadas, y el control de plagas pueden estar incluidos en este servicio.</p>
<p align="center"><b>Enfermería especializada e intermitente</b></p> <p align="center">T1002 (RN) T1003 (LPN)</p>	<p>El alcance y la naturaleza de estos servicios no se diferencian de la enfermería especializada provista en virtud del Plan Estatal. Este servicio incluye el beneficio de salud a domicilio disponible bajo el plan estatal de Medicaid, así como la cobertura ampliada de los servicios de enfermería en virtud de esta exención. Los servicios que aparecen en el plan de atención que están dentro del alcance de la Ley de Práctica de Enfermería de la Florida y que son proporcionados por una enfermera profesional registrada, una enfermera con licencia para ejercer o una enfermera vocacional bajo la supervisión de una enfermera registrada, con licencia para ejercer en el estado. Los servicios de enfermería especializada deben estar listados en el plan de atención del afiliado y se ofrecen de forma intermitente a los afiliados que, o bien no requieren supervisión continua de enfermería o cuya necesidad es previsible.</p>
<p align="center"><b>Servicios de atención personal</b></p> <p align="center">T1019</p>	<p>Un servicio a través del que se proporciona ayuda para comer, bañarse, vestirse, higiene personal y otras actividades de la vida diaria. Este servicio incluye la asistencia en la preparación de las comidas, pero no incluye el costo de las mismas. Este servicio también puede incluir tareas de limpieza, tales como hacer la cama, quitar el polvo y pasar la aspiradora, que son inherentes a la asistencia prestada, o que son esenciales para la salud y el bienestar del afiliado, en lugar de para la familia del afiliado.</p>

## **Calificaciones del Trabajador de Servicio Directo**

Como Trabajador de Servicio Directo, entiendo que si proporciono servicios en el programa de Opciones Dirigidas por el Participante debo cumplir con los siguientes requisitos de calificación.

1. Los trabajadores de servicio directo deben tener al menos 18 años de edad.
2. Certificado en RCP y Primeros Auxilios (*si lo requiere el gerente del caso de su participante*).
3. Pasar una evaluación de antecedentes de nivel 2 de conformidad con el capítulo 435 y la sección 408.809, E.F.

En el caso de aquellas personas contratadas para llevar a cabo servicios de enfermería en ***Enfermería especializada e intermitente*** también deben presentar una prueba de algunas de las siguientes:

1. Licencia de enfermería registrada, en conformidad con el Capítulo 464, F.S.
2. Licenciada con Licencia de Enfermería Práctica, de conformidad con el Capítulo 464, E.F.

## **Responsabilidades del Trabajador de Servicio Directo**

Como Trabajador de Servicio Directo, entiendo que mis responsabilidades son las siguientes:

1. Trataré al participante con dignidad y respeto. Esto incluye respetar las creencias personales, la cultura, la religión y la vida privada, así como el respeto a la propiedad personal del participante.
2. Mantendré la confidencialidad de la información personal del participante y su familia.
3. Me comunicaré de manera efectiva con el participante. Si el participante tiene un método de comunicación preferido, este debe ser respetado y utilizado.
4. Documentaré las horas de servicio prestadas en la hoja de asistencia de PPL adecuada.
5. Prestaré una atención segura. Siempre deben utilizarse las precauciones universales.
6. Informaré de inmediato una situación de emergencia llamando al 911.
7. Informaré sobre cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación de un participante a las autoridades correspondientes. Algunas profesiones, como las enfermeras, son requeridas como informantes obligatorias por las Secciones 39.201 y 415.1034 de los Estatutos de Florida. Casos sospechosos de abuso, negligencia o explotación deben ser reportados a la línea directa de abuso de Florida, a 800-96-ABUSE (22873).
8. Comunicaré cualquier cambio en la condición del participante, incluyendo el ingreso a un establecimiento de salud si el participante es incapaz de hacerlo.

9. Proporcionaré una notificación adecuada si no soy capaz de proporcionar el servicio programado para el participante, tan pronto como sea posible. Esto incluye la notificación a los participantes con antelación si tengo que estar ausente durante parte de un servicio programado o si voy a llegar tarde.
10. Proporcionaré un aviso con dos semanas de antelación al participante si voy a renunciar voluntariamente al empleo.

### **Responsabilidades del Empleador**

Como Empleador o Representante (según sea el caso), entiendo que mis responsabilidades son las siguientes:

1. Los Empleadores/Representantes revisarán y verificarán la información del Formulario I-9 usando los documentos aceptables para los empleados. Los empleadores se asegurarán de que el Trabajador de Servicio Directo remita una copia del Formulario I-9 completado a PPL y guardarán el original en sus registros del programa.
2. Entiendo y reconozco que Public Partnerships, LLC (PPL) sirve como mi agente fiscal/empleador (F/EA) y que yo, el participante, soy el empleador legal en el programa de Opción Dirigida por el Participante (PDO).
3. Trataré al trabajador de servicio directo con dignidad y respeto. Esto incluye el respeto por las creencias personales, la cultura, la religión y la vida privada del trabajador de servicio directo.
4. Capacitar al trabajador de servicio directo en la forma en que se llevarán a cabo los servicios y/o solicitarán ayuda al administrador del caso, de ser necesario.
5. Programar las horas de trabajo del trabajador de servicio directo.
6. Asegurar que todos los documentos requeridos, incluyendo las hojas de asistencia, se hayan completado correctamente y presentado a PPL de acuerdo a lo indicado. Si el participante no representa con precisión las horas reales del servicio recibido, será objeto de una investigación por fraude al Medicaid y terminará su participación en el PDO.

## **Atestación**

Al firmar abajo, yo y mi empleador damos fe de que hemos leído y entendido todas las reglas y responsabilidades del programa. Entiendo que debo firmar y devolver este formulario como condición de empleo en este programa, y que no puedo empezar a trabajar hasta que este formulario haya sido completado y devuelto a Public Partnerships. También doy fe con mi firma que entiendo lo que se me solicita y estoy de acuerdo en cumplir con estos términos y condiciones. Además, entiendo y estoy de acuerdo que la violación de cualquiera de los términos y/o condiciones puede resultar en la rescisión de este contrato y del pago por el empleo a cualquier Beneficiario de Medicaid de este programa.

Al firmar este documento, autorizo a PPL para que procese los pagos que se me adeuden por los servicios autorizados por un Programa FL PDO. A petición mía, PPL depositará mi pago directamente a mi tarjeta de débito o directamente en mi cuenta bancaria a través de una transacción de Cámara de Compensación Automatizada (CCA). Reconozco que si no proporciono una información completa y exacta en este formulario, su procesamiento podría retrasarse o volverse imposible, o que mis pagos electrónicos podrían realizarse de manera errónea. Certifico que he leído y estoy de acuerdo en cumplir con las reglas de PPL que rigen los pagos y las transferencias electrónicas. Autorizo a PPL para que retire de la cuenta designada todos los montos depositados electrónicamente por error. Si la cuenta designada es cerrada o tiene un saldo insuficiente para permitir el retiro entonces autorizo a PPL para que retire cualquier pago que me sea adeudado por PPL hasta que se reembolsen las cantidades depositadas de manera errónea. Si decido cambiar o revocar esta autorización, reconozco que debo remitir dicha notificación a PPL

**Firma del Participante/Representante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre del Participante/Representante** (Letra de molde) \_\_\_\_\_

**Firma del Trabajador de Servicio Directo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre del Trabajador de Servicio Directo** (Letra de molde) \_\_\_\_\_

# Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

**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.**

# 2024

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

<p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo</p> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p>	<p>Apellido</p>	<p>(b) Su número de Seguro Social</p> <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"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado</p> <p><input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos</p> <p><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).</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 y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://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](http://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).

<p><b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de Dependiente y Otros Créditos</b></p>	<p>Si su ingreso total 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 para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí . . . . .</p>	<p><b>3</b></p>	<p>\$</p>
<p><b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros Ajustes</b></p>	<p>(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).</b> 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 . . . . .</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 . . . . .</p> <p>(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .</p>	<p><b>4(a)</b></p> <p><b>4(b)</b></p> <p><b>4(c)</b></p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</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>_____ <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

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](http://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 2024 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2023, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2024, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2023 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2023 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 2024. 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 15 de febrero de 2025.

**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](http://www.irs.gov/W4AppSP) si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. 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
3. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

**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](http://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.

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 2024 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 2024 (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: { \$29,200 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos; \$21,900 si es cabeza de familia; \$14,600 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 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	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

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

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



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

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expire 07/31/2026

**COMIENCE AQUÍ:** Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

**AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN:** Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

<b>Sección 1. Información y Certificación del Empleado:</b> Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.															
Apellido (Nombre de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)											
Otros Apellidos Utilizados (si alguno)		Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)											
Ciudad o Pueblo		Estado		Código Postal											
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE. UU.		Dirección de Correo Electrónico del Empleado											
Número de Teléfono del Empleado		<p>Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.</p> <p>Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): _____</p> <p>Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:</p> <table border="1"> <tr> <td>USCIS/Número A</td> <td>OR</td> <td>Formulario I-94 Número de Admisión</td> <td>OR</td> <td>Número de pasaporte extranjero y país de emisión</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				USCIS/Número A	OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión					
USCIS/Número A	OR					Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión							
Firma del Empleado						Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)									
Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar <a href="#">la certificación de preparador y/o traductor</a> en la página 4.															



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

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expire 07/31/2026

**Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador:** Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		O	Lista B	Y	List C
<b>Título del Documento 1</b>					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
<b>Título del Documento 2</b>		<b>Información Adicional</b>			
Autoridad Emisora		<input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.			
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
<b>Título del Documento 3</b>					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
<b>Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.</b>					Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado			Firma del Empleador o Representante Autorizado		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal			

**Para la reverificación o recontractación, complete elar [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.**

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.

\* Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.

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

**Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).**

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.</li> <li>2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)</li> <li>3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina</li> <li>4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)</li> <li>5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasaporte extranjero; y</li> <li>b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) El mismo nombre en el pasaporte y</li> <li>(2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI</li> </ol>	O	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía</li> <li>4. Tarjeta de Registro de Votante</li> <li>5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección</li> <li>6. Tarjeta de identificación de dependiente militar</li> <li>7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.</li> <li>8. Documento tribal de indio americano</li> <li>9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense</li> <li style="text-align: center;"><b>Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:</b></li> <li>10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones</li> <li>11. Registro clínico, médico o de hospital</li> <li>12. Registro guardería o escuela infantil</li> </ol>	Y	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO</li> <li>(2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS</li> <li>(3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.</li> </ol> </li> <li>2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).</li> <li>3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.</li> <li>4. Documento tribal de indio americano</li> <li>5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)</li> <li>6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)</li> <li>7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la <a href="#">Sección 7</a> y la <a href="#">Sección 13</a> del M-274 en <a href="http://uscis.gov/i-9-central">uscis.gov/i-9-central</a>.  El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo <b>Número 4</b>, no es documento de la Lista C.</li> </ol>

### Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.  
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado;</li> <li>• Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551;</li> <li>• Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.</li> </ul>	O	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado</p>	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.</p>
--	---	---	--

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



# Suplemento A, Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

**Departamento de Seguridad Nacional**  
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
**Suplemento A**  
OMB No.1615-0047  
Expire 07/31/2026

Apellido (Nombre de Familia) como en la <b>Sección 1</b> .	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la Sección 1.
--	---	--

**Instrucciones:** Este suplemento debe ser completado por cualquier preparador y/o traductor que ayude a un empleado a completar la Sección 1 del Formulario I-9. El preparador y/o traductor debe ingresar el nombre del empleado en los espacios proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal



# Suplemento B, Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

**Departamento de Seguridad Nacional**  
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

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

Apellido ( <i>Nombre Familiar</i> ) como en la <b>Sección 1</b>	Primer Nombre ( <i>Nombre de pila</i> ) como en la <b>Sección 1</b>	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---	---	---------------------------------------

**Instrucciones:** Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

	Nuevo nombre ( <i>si aplica</i> )		
Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

**Reverificación:** Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

**Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.**

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)  Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

	Nuevo nombre ( <i>si aplica</i> )		
Fecha de recontractación (si aplica)	Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

**Reverificación:** Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

**Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.**

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)  Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

	Nuevo nombre ( <i>si aplica</i> )		
Fecha de recontractación (si aplica)	Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

**Reverificación:** Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

**Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.**

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)  Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.