



EMPLOYNET, INC. SOLICITUD DE EMPLEO

Al completar esta solicitud, usted está procurando unirse a un equipo de profesionales que trabajan duro y se dedican a ofrecer constantemente un servicio excepcional a nuestros clientes y contribuir al éxito financiero de la empresa, sus clientes y sus empleados. El acceso igual a los programas, servicios y el empleo está disponible para todas las personas calificadas. Los solicitantes que requieran ajustes para completar la solicitud y/o el proceso de entrevista deben de comunicarse con un representante de la administración en (866) 527-HIRE.

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE)

Posición(es) Solicitada(s): _____ Fecha de aplicación: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico

Número(s) de Teléfono Número de Celular Contacto de Emergencia (Nombre y Número de Teléfono)

EXPERIENCIA LABORAL

Por favor indique los nombres de sus empleadores actuales o anteriores en orden cronológico poniendo el empleador actual o el más reciente primero. Asegúrese de anotar todos los periodos de tiempo. Si trabaja por su propia cuenta, dé el nombre de la compañía y suministre referencias comerciales. (Agregue páginas adicionales si es necesario.)

Nombre y Domicilio del Empleador	Fechas de Empleo		Nombre de Supervisor y Número de Teléfono
	Desde Mes/Año	Hasta Mes/Año	
			¿Podemos contactar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Título de la Posición y Responsabilidades			Razón que Dejó el Trabajo

Nombre y Domicilio del Empleador	Fechas de Empleo		Nombre de Supervisor y Número de Teléfono
	Desde Mes/Año	Hasta Mes/Año	
			¿Podemos contactar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Título de la Posición y Responsabilidades			Razón que Dejó el Trabajo

Nombre y Domicilio del Empleador	Fechas de Empleo		Nombre de Supervisor y Número de Teléfono
	Desde Mes/Año	Hasta Mes/Año	
			¿Podemos contactar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Título de la Posición y Responsabilidades			Razón que Dejó el Trabajo

¿Alguna vez ha sido involuntariamente despedido del trabajo o se le ha pedido renunciarse de algún trabajo? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Por favor explique cualquier período de tiempo en que no haya trabajado en su historial de empleo:

Por favor indique cualquier otra experiencia laboral, habilidades relacionadas con el trabajo, idiomas adicionales u otras calificaciones que usted considere que deben ser consideradas en la evaluación de sus calificaciones para el empleo:

EDUCACIÓN

Por favor describa sus antecedentes educativos en la tabla de abajo.

Nombre de la Escuela	Años Completados (Circule Uno)	Diploma/Licenciatura (Sí o No)	Describir el Curso de Estudio o Especialidad	Describir Entrenamiento Especializado, Experiencia, Habilidades, y Actividades Extracurriculares
Escuela Secundaria:	9 10 11 12			
Colegio/Universidad:	1 2 3 4			
Comercio/Correspondencia/Otro:				

REFERENCIAS COMERCIALES/PROFESIONALES

Por favor anote tres referencias profesionales de personas que **no** sean parientes suyos; no incluya ni amigos personales ni parientes.

Nombre y Título	Relación Profesional	Número de Teléfono o Correo Electrónico

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿En qué fecha está disponible para comenzar a trabajar? _____
2. Días/Horas disponibles para trabajar _____
3. ¿Está disponible para trabajar? Tiempo Completo Tiempo Parcial Trabajo de Turno Temporal
4. ¿Tiene por lo menos 18 años de edad? Sí No
Nota: Si es menor de 18 años, el ser contratado está sujeto a los requisitos legales estatales y federales.
5. ¿Es usted capaz de realizar las funciones esenciales del trabajo para el cual está aplicando con o sin un ajuste razonable? Sí No
Nota: Cumplimos con la Ley de Norteamericanos Discapacitados (en inglés "Americans with Disabilities Act" o "ADA") y la ley estatal aplicable.

ACUERDO Y DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Por favor lea y escriba sus iniciales al lado de cada párrafo a continuación. Si hay algo que usted no entiende, por favor pregunte.

_____	Si soy contratado, acuerdo con cumplir con las reglas y reglamentos de Employnet, Inc. ("Employnet"). Entiendo que si soy contratado, mi empleo será a voluntad, lo que significa que o Employnet puede o yo puedo terminar la relación laboral en cualquier momento, con o sin causa, y con o sin previo aviso. Entiendo que ningún gerente o representante de Employnet que no sea el Presidente de la Compañía tiene autoridad para entrar en cualquier acuerdo de empleo por un periodo de tiempo especificado, o para hacer cualquier acuerdo contrario a lo anterior.
_____	Entiendo que las asignaciones de trabajo pueden ser esporádicas, intermitentes, imprevisibles e irregulares. Como resultado, pueden ocurrir brechas significativas entre las asignaciones. No obstante, entiendo que la relación de empleo no terminará al concluirse cualquier asignación, a menos que Employnet o yo expresamente notificamos al otro de la decisión de terminar la relación de empleo. Entiendo que si falta tal aviso expreso, el final de una asignación no constituirá ni será considerado un despido, liberación, renuncia, o terminación de la relación de empleo. Entiendo que entre asignaciones, seré considerado para oportunidades de trabajo apropiadas para las cuales Employnet determine que estoy calificado. Entiendo que no ganaré ningún salario, excepto cuando estoy realizando trabajo según lo estipulado por la ley federal y estatal. También entiendo que puedo aprovechar, a base completamente voluntaria, de los recursos de capacitación de Employnet entre asignaciones, pero este tiempo no se considera horas trabajadas.
_____	Entiendo que mientras la relación de empleo continua, se me pagará de acuerdo con las reglas federales y estatales de días de pago regulares que rigen a los empleados actuales. Si específicamente notifico a Employnet de mi decisión de renunciar, o si soy despedido, recibiré mi salario final de acuerdo con los requisitos legales federales y estatales.
_____	Yo autorizo a Employnet a investigar mis referencias, historial de trabajo, educación y otros asuntos, según lo permitido por la ley federal y estatal, relacionados con mi aptitud para el empleo. Yo autorizo a los empleadores anteriores y las referencias que he enumerado a comunicarse con Employnet sobre mi historial de trabajo y de educación. Además, yo libero a Employnet, a mis empleadores anteriores y a todas las demás personas, sociedades anónimas, sociedades y asociaciones de cualquier y toda reclamación, demanda o responsabilidad que surja de o de cualquier manera se relacione con dicha investigación o comunicación.
_____	Entiendo que la seguridad de los empleados es extremadamente importante para Employnet y que Employnet se compromete a garantizar un ambiente de trabajo seguro. Entiendo que yo y cada empleado tenemos la responsabilidad de prevenir accidentes y lesiones observando todos los procedimientos y pautas de seguridad y siguiendo las instrucciones de mi supervisor de sitio. Entiendo y acuerdo con cumplir con los reglamentos federales, estatales y locales relacionados con la seguridad y salud en el trabajo. En caso de una lesión en el trabajo que requiera tratamiento, estoy de acuerdo con buscar tratamiento de un médico calificado en una clínica seleccionada por Employnet.
_____	Entiendo que Employnet prohíbe acoso, discriminación y represalias en el lugar de trabajo y estoy de acuerdo en seguir la política de Employnet sobre la prohibición de acoso, discriminación y represalias en mi conducta y en reportar cualquier conducta de que yo pueda ser sujeto o que yo pueda observar.
_____	Entiendo que si yo acepto una asignación temporal con Employnet, Inc., Employnet, Inc. será mi empleador y recibiré mi salario de Employnet, Inc. También entiendo y acuerdo con notificarle a Employnet, Inc. en todos los casos en que el cliente busque cambiar o modificar las obligaciones de trabajo de una asignación temporal de cualquier manera.

_____	Entiendo que si cualquier término, disposición o porción de este Acuerdo se declare nula o inejecutable, se pondrá fin al mismo y el resto de este Acuerdo será ejecutable.
_____	Al firmar a continuación, certifico que las respuestas que he dado en esta solicitud son la verdad y correctas hasta donde llega mi conocimiento. Certifico además que yo, el solicitante abajo firmante, he completado personalmente esta solicitud. Entiendo que cualquier omisión o error en esta solicitud o en cualquier documento utilizado para conseguir el empleo será motivo para el rechazo de esta solicitud o para el despido inmediato si estoy empleado, sin importar el tiempo transcurrido antes del descubrimiento.

MI FIRMA ABAJO ATESTIGUA EL HECHO DE QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACUERDO CON TODOS LOS TÉRMINOS SUSODICHOS.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en Letras de Molde: _____



FORMULARIO DE DATOS DE EEO DEL SOLICITANTE

La información solicitada se recoge para el motivo de reportar a las Agencias Federales y de Igualdad de Oportunidades en el Empleo y no se considerará parte de la solicitud de empleo. Se separará dicha información de la solicitud.

1. Ubicación de Sucursal	2. Apellido (Escriba a Máquina o en Letras de Molde)		Primer Nombre	Segundo Nombre
3. Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	4. Número De Teléfono (Incluya Código de Area) ()
5. Sexo <input type="checkbox"/> M-Masculino <input type="checkbox"/> F-Femenino	6. Fecha de Nacimiento	7. Origen Étnico (Preferimos que Ponga Marca de Cheque) <input type="checkbox"/> W-(Blanco) <input type="checkbox"/> B-(Negro) <input type="checkbox"/> H-(Hispano) <input type="checkbox"/> P-(Asiático/ Indio <input type="checkbox"/> -Otro De las Islas Norteamericano/ del Pacífico) de Alaska		
¿Cómo se enteró de este trabajo?				
<input type="checkbox"/> 01 – Referencia/Amigo	<input type="checkbox"/> 05 – Sitio Web _____ Nombre del Sitio Web	<input type="checkbox"/> 09 – Agencia de Fuerza Laboral del Estado		
<input type="checkbox"/> 02 – Feria de Empleo	<input type="checkbox"/> 06 – Día de Carrera de Colegio/Universidad	<input type="checkbox"/> 10 – Otro (especifique): _____		
<input type="checkbox"/> 03 – Publicación Profesional	<input type="checkbox"/> 07 – Bolsa de Trabajo			
<input type="checkbox"/> 04 – Cartel de Reclutamiento	<input type="checkbox"/> 08 – Servicios de Recursos Humanos/Oficina de Personal			

X _____ Fecha
Firma-Solicitante

UN EMPLEADOR DE OPORTUNIDADES IGUALES

Para información en español, visite www.consumerfinance.gov/learnmore o escribe a la Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.

UN RESUMEN DE SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE INFORME DE CRÉDITO JUSTO (CONOCIDO EN INGLÉS COMO “THE FAIR CREDIT REPORTING ACT” O “FCRA”)

La ley federal conocida como la Ley de Informe de Crédito Justo (conocida en inglés como “Fair Credit Reporting Act” o “FCRA”) promueve la exactitud, la justicia, y la privacidad de información en los archivos de agencias de reportes sobre consumidores. Hay muchas clases de agencias de reportes sobre consumidores, incluso oficinas de crédito y agencias de especialidad (tal como agencias que venden información sobre historias de escribir cheques, expedientes médicos, y expedientes de historia sobre alquileres). A continuación encontrará un resumen de sus derechos principales bajo la FCRA. **Para más información, incluyendo información sobre derechos adicionales, vea www.consumerfinance.gov/learnmore o escriba al siguiente: Consumer Financial Protection Bureau, 1700 G Street N.W., Washington, DC 20552.**

- **Es requerido informarle si se ha usado información en su expediente en su contra.** Cualquiera quien use un reporte de crédito u otra clase de reporte de consumidor para negarle su aplicación para crédito, seguro, o empleo – o para tomar otra acción adversa en contra de usted – le tiene que informar, y le tiene que dar el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la agencia que dio la información.
- **Usted tiene derecho a saber lo que se encuentra en su expediente.** Ud. puede pedir y obtener toda la información sobre Ud. que se encuentre en los expedientes de una agencia de reportes sobre consumidores (la “divulgación del expediente”). Se le requerirá proveer identificación adecuada, que puede incluir su número de Seguro Social. En muchos casos, la divulgación será gratis. Ud. tiene derecho a una divulgación gratis de expediente si:
 - una persona ha tomado una acción adversa en su contra debido a información en su reporte de crédito;
 - usted es víctima de robo de identidad y pone una alerta de fraude en su expediente;
 - su expediente contiene información incorrecta como resultado de fraude;
 - usted está recibiendo asistencia pública;
 - usted no tiene empleo pero espera solicitar empleo dentro de 60 días.

Además, todo consumidor tiene derecho a una divulgación gratis cada 12 meses al solicitarla de cada oficina de crédito nacional y de agencias de reportes sobre consumidores de especialidad. Vea a www.consumerfinance.gov/learnmore para más información.

- **Usted tiene derecho a pedir su puntaje de crédito.** Puntajes de crédito son resúmenes numéricos de su solvencia basado en información de oficinas de crédito. Usted puede pedir su puntaje de crédito de agencias de reportes sobre consumidores que crean puntajes o distribuyen puntajes usados en préstamos para bienes y raíces residenciales, pero Ud. tendrá que pagar para conseguirlo. En algunos negocios de hipoteca, usted recibirá información sobre su puntaje de crédito gratis del prestador de hipoteca.
- **Usted tiene derecho a disputar información incompleta o imprecisa.** Si usted identifica información en su expediente que no es completa o es imprecisa, y la reporta a la agencia de reportes sobre

consumidores, la agencia tiene que investigar a menos que su disputa sea frívola. Vea www.consumerfinance.gov/learnmore para una explicación del procedimiento para una disputa.

- **Agencias de reportes sobre consumidores tienen que corregir o tachar información imprecisa, incompleta, o inverificable.** Hay que quitar o corregir información imprecisa, incompleta, o inverificable, normalmente dentro de 30 días. Sin embargo, una agencia de reportes sobre consumidores puede continuar reportando información que ha verificado como correcto.
- **Agencias de reportes sobre consumidores no pueden reportar información negativa anticuada.** En la mayoría de casos, una agencia de reportes sobre consumidores no puede reportar información negativa que tenga más de siete años de edad, o bancarrotas de más de 10 años.
- **El acceso a su expediente es limitado.** Una agencia de reportes sobre consumidores puede proveer información sobre usted solamente a personas con una necesidad válida – normalmente para considerar una aplicación con un acreedor, asegurador, empleador, arrendador, u otro negocio. La FCRA especifica a aquellos con una necesidad válida al acceso.
- **Usted tiene que dar su permiso para que se provean reportes a empleadores.** Una agencia de reportes sobre consumidores no puede dar esta información sobre usted a su empleador, o a un posible futuro empleador, sin su permiso escrito dado al empleador. El permiso escrito generalmente no se requiere en la industria camionera. Para más información, vea a www.consumerfinance.gov/learnmore.
- **Usted puede limitar ofertas “pre evaluadas” de crédito y seguro que usted recibe basado en información en su reporte de crédito.** Ofertas “pre evaluadas” no solicitadas para crédito y seguro deben de incluir un número de teléfono de línea gratis que usted puede llamar si decide quitar su nombre y dirección de las listas en que se basan estas ofertas. Usted puede excluirse con las oficinas de crédito nacionales llamando al 1-888-567-8688.
- **Usted puede demandar daños de los violadores.** Si una agencia de reportes sobre consumidores o, en algunos casos, alguien que use reportes de consumidores o alguien que provea información a una agencia de reportes sobre consumidores quebranta al FCRA, es posible que usted pueda traer una demanda en un Tribunal Estatal o Federal.
- **Identifique a víctimas de robo y personal militar en servicio activo tienen derechos adicionales.** Para más información, visite a www.consumerfinance.gov/learnmore.

Los estados pueden hacer cumplir la FCRA, y muchos estados tienen sus propias leyes relativas a reportes sobre consumidores. En algunos casos, usted pueda tener más derechos bajo la ley estatal. Para más información comuníquese con su agencia estatal o local de protección de consumidor o con el Fiscal General de su estado. Para más información sobre sus derechos federales, comuníquese con:

CLASE DE NEGOCIO:	CONTACTO:
<p>1.a. Bancos, asociaciones de ahorros, y oficinas de crédito con activos totales de más de \$10 mil millones y sus afiliados.</p> <p>b. Dichos afiliados que no son bancos, asociaciones de ahorro, u oficinas de crédito también deben de enumerar, además del “Bureau”:</p>	<p>a. Bureau of Consumer Financial Protection (Oficina de Protección Financiero de Consumidor) 1700 G Street NW Washington, DC 20552</p> <p>b. Federal Trade Commission: Consumer Response Center – FCRA (Centro de Respuesta a Consumidores de la Comisión Federal de Comercio) Washington, DC 20580 (877) 382-4357</p>

<p>2. En la medida que no esté incluido en la categoría susodicha no. 1:</p> <p>a. Bancos nacionales, asociaciones federales de ahorro, y sucursales federales y agencias federales de bancos extranjeros</p> <p>b. Bancos miembros estatales, sucursales y agencias de bancos extranjeros (aparte de sucursales federales, agencias federales, y sucursales estatales asegurados de bancos extranjeros), compañías comerciales de préstamo que son propiedad de o controladas por bancos extranjeros, y organizaciones operando bajo sección 25 o 25A de la Ley de Reserva federal.</p> <p>c. Bancos No Miembros Asegurados, Sucursales Estatales Asegurados de Bancos Extranjeros, y asociaciones de ahorro estatales asegurados</p> <p>d. Uniones de Crédito Federales</p>	<p>a. Office of the Comptroller of the Currency Customer Assistance Group (Oficina del Contralor de Monedas Grupo de Asistencia para Cliente) 1301 McKinney Street, Suite 3450 Houston, TX 77010-9050</p> <p>b. Federal Reserve Consumer Help Center (Reserva Federal Centro de Ayuda para Consumidor) P.O. Box 1200 Minneapolis, MN 55480</p> <p>FDIC Consumer Response Center (FDIC Centro de Respuesta al Consumidor) 1100 Walnut Street, Box #11 Kansas City, MO 64106</p> <p>d. National Credit Union Administration Office of Consumer Protection (OCP) Division of Consumer Compliance and Outreach (DCCO) (Administración Nacional de Uniones de Crédito Oficina para la Protección de Consumidores División de Cumplimiento de Consumidor y Extensión) 1775 Duke Street Alexandria, VA 22314</p>
<p>3. Compañías aéreas</p>	<p>Asst. General Counsel for Aviation Enforcement & Proceedings Department of Transportation (Consejero Asistente General para Ejecución de Aviación & Procedimientos, Departamento de Transporte) 400 Seventh Street SW Washington, DC 20423</p>

4. <i>Acreedores Sujetos a la Junta de Transporte Terrestre</i>	<i>Office of Proceedings, Surface Transportation Board Department of Transportation (Oficina de Procedimientos, Junta de Transporte Terrestre Departamento de Transporte) 400 Seventh Street SW Washington, DC 20590</i>
5. <i>Acreedores Sujetos a la Ley de Empacadores y Corrales (en inglés “Packers and Stockyards Act”)</i>	<i>El supervisor de área más cercano de la Administración de Empacadores y Corrales</i>
6. <i>Compañías de Inversión en Pequeños Negocios</i>	<i>Associate Deputy Administrator for Capital Access United States Small Business Administration (Asistente Administrador Asociado para Acceso a la Capital Administración para Pequeños Negocios de la EE.UU.) 406 Third Street, SW, 8th Floor Washington, DC 20416</i>
7. <i>Corredores y Comerciantes</i>	<i>Securities and Exchange Commission (Comisión de Bolsas y Valores) 100 F St NE Washington, DC 20549</i>
8. <i>Bancos de Terrenos Federales, Asociaciones de Banco de Terrenos Federales, Bancos de Crédito Intermediarios Federales, y Asociaciones de Crédito de Producción</i>	<i>Farm Credit Administration (Administración de Crédito Agrícola) 1501 Farm Credit Drive McLean, VA 22102-5090</i>
9. <i>Minoristas, Compañías Financieras, y Todo Otro Acreedor No Enumerado Arriba</i>	<i>Oficina Regional de FTC para región en la cual el acreedor opera o Federal Trade Commission; Consumer Response Center – FCRA Washington, DC 20580 (877) 382-4357</i>

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA LEY DE INFORME DE CRÉDITO JUSTO

El susodicho Resumen de Sus Derechos no refleja ciertas enmiendas contenidas en la Ley de 1998 de Clarificación de Empleo de Reportes de Consumidores (en inglés la “Consumer Reporting Employment Clarification Act of 1998”). La siguiente información adicional pueda ser importante para usted:

- Se pueden reportar récords de condenas por delitos no importa cuándo ocurrieron.
- Si usted aplica para un empleo bajo la autoridad del Departamento de Transporte para establecer calificaciones y las horas máximas para dicho empleo y usted aplica por correo, teléfono, computadora, u otros medios semejantes, su consentimiento a un reporte de consumidor se puede obtener válidamente en forma oral, por escrito, o electrónicamente. Si se toma una acción adversa en su contra debido a un reporte de consumidor por la cual usted dio su consentimiento por teléfono, computadora, o medios semejantes, es posible que se le informe de la acción adversa y el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la agencia de reporte sobre consumidores en forma oral, por escrito, o electrónicamente.



EMPLOYNET, INC.

Consentimiento para la Prueba de Drogas Antes de Empleo

Reconozco que cualquier oferta de empleo que recibo de Employnet, Inc. (Employnet) está condicionada en una prueba de drogas exitosa confirmando que no hay sustancias controladas ilegales o no autorizadas en mi sistema. Por la presente acepto voluntariamente en:

1. Proporcionar una muestra no adulterada de mi orina al proveedor de pruebas designado por Employnet para el motivo de realizar pruebas de drogas para la presencia de sustancias controladas ilegales o no autorizadas en mi sistema;
2. Permitir que los resultados del análisis realizado por el proveedor de pruebas designado por Employnet sean reportados a Employnet, Inc.

En consideración del examen por Employnet de mi solicitud para empleo, por la presente libero a cualquier individuo, entidad, y Employnet, Inc. de toda reclamación o responsabilidad que pudiera surgir de la prueba de drogas o la divulgación de sus resultados, incluyendo reclamaciones bajo cualquier ley de derechos civiles federal, estatal, o local y cualquier reclamación de difamación o invasión de la privacidad.

Firma de Solicitante

Fecha

Nombre del Solicitante en Letras de Molde

ACUSE DE RECIBO Y RECONOCIMIENTO DEL MANUAL PARA EMPLEADOS

POR FAVOR LEA EL MANUAL PARA EMPLEADOS, FIRME ESTE RECONOCIMIENTO, Y DEVUELVA ESTE RECONOCIMIENTO AL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DENTRO DE UNA SEMANA

Nombre del Empleado: _____

Reconozco que he recibido una copia del Manual para Empleados de Employnet, Inc. para Empleados Temporales ("Manual"), con fecha de marzo 2018, que describe mis beneficios y obligaciones como empleado. Entiendo que soy responsable por leer todo el Manual y conocer y cumplir con todas las políticas establecidas en el Manual durante mi empleo con Employnet, Inc. Me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que yo pueda tener sobre las políticas que no entiendo. También entiendo que soy responsable por leer y cumplir con todos los avisos publicados en la oficina.

Entiendo además que Employnet, Inc. tiene el derecho de enmendar, interpretar, modificar o retirar cualquiera de las disposiciones del Manual en cualquier momento a su sola discreción, con o sin previo aviso. Además, entiendo que debido a que Employnet, Inc. no puede prever todos los asuntos que puedan surgir durante mi empleo, si tengo alguna pregunta con respecto a cualquiera de las políticas o procedimientos de Employnet, Inc., debo de consultar con el Director de Recursos Humanos.

Entiendo y estoy de acuerdo que mi relación con Employnet, Inc. es "a voluntad", lo cual significa que mi empleo no es para un período de tiempo definido y puede ser terminado por mí o por Employnet, Inc. en cualquier momento y por cualquier razón con o sin causa o aviso de antemano. La naturaleza a voluntad de mi empleo con Employnet, Inc. solo puede ser modificada en un documento escrito firmado por mí o mi representante y el Presidente de Employnet, Inc.

Entiendo y acepto que los términos de este Reconocimiento no pueden ser modificados ni reemplazados excepto por mí y el Presidente de Employnet, Inc. mediante un acuerdo escrito, y que ningún otro empleado, supervisor, o representante de Employnet, Inc. tiene la autoridad para entrar en cualquier acuerdo de tal clase, y que cualquier acuerdo que me emplee por cualquier período de tiempo especificado, o cualquier acuerdo que de otra manera sea incompatible con los términos de este Reconocimiento, será inaplicable a menos que sea en forma escrita y firmada por mí o mi representante y el Presidente de Employnet, Inc. Además, entiendo y acepto que si los términos de este Acuse de Recibo son incompatibles con cualquier política o práctica de Employnet, Inc. ahora o en el futuro, los términos de este Acuse de Recibo controlarán.

Entiendo y acepto que este Reconocimiento contiene una plena y completa declaración de los acuerdos que enumera, que nadie me ha hecho promesas o compromisos en contra de lo anterior, y que este Reconocimiento suplanta a todos los acuerdos anteriores, ya sean escritos u orales, explícitos o implícitos, relativos a los temas tratados en este Reconocimiento. Reconozco que he recibido todo el Manual y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas contenidas en este Manual y cualquier revisión que se le haya hecho.

Entiendo y estoy de acuerdo en que nada en el Manual tiene la intención de interferir con mi derecho a participar en actividades concertadas, tales como la comunicación con mis compañeros de trabajo sobre mi salario, horas, o términos y condiciones de empleo, o con mi derecho a auto-organizar o unirme a organizaciones laborales o

cualquier otro derecho protegido bajo la Ley Nacional de Relaciones Laborales (conocida en inglés como “National Labor Relations Act” o “NLRA”).

Nombre del Empleado en Letras de Molde

Posición

Firma del Empleado

Fecha



Formulario de Depósito Directo

Nombre de la Empresa Cliente

Nombre del Empleado

Autorizo a Employnet, Inc. y a la(s) institución(es) financiera(s) enumerada(s) a continuación a depositar mi pago automáticamente en la(s) cuenta(s) indicada(s) y a hacer ajustes en las entradas incluyendo el retiro de fondos si el empleador no los pone a disposición.

Banco/Unión de Crédito	Estado	Tipo (Circule Uno)	Cantidad
		<input type="checkbox"/> Cuenta de Cheque <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro	
Número de Ruta		Número de Cuenta	

(El número de ruta debe ser tomado de un cheque anulado y no de una hoja de depósito)

Por Favor Marque Uno:

<input type="checkbox"/>	Depósito directo nuevo o adicional		
<input type="checkbox"/>	Cambie el Banco o Número de Cuenta en un Depósito Directo Existente	Número de cuenta para reemplazarse:	
<input type="checkbox"/>	Cambie la Cantidad de un Depósito Directo Existente	La cantidad era:	Cantidad cambiada a::

Proporcione una Copia de un Cheque Anulado

Los depósitos están normalmente disponibles dos (2) días bancarios después de que se procese la nómina. Es mi responsabilidad verificar los depósitos cada período de pago antes de escribir cheques contra estos fondos. Esta Autorización puede tomar hasta tres (3) períodos de pago para activarse. Entiendo que Employnet, Inc. no es responsable por los errores bancarios o los honorarios bancarios. Yo puedo cancelar estos Depósitos Directos en cualquier momento. Los servicios bancarios se proporcionan de acuerdo con las limitaciones y restricciones del National Automated Clearing House Association.

Firma

Fecha

esta página se dejó en blanco intencionalmente

Formulario W-4(SP) (2018)

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito. Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2018 si **ambas** de las siguientes situaciones le corresponde:

- Para 2017 tenía derecho a un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre los ingresos retenido porque **no** tenía obligación tributaria y
- Para 2018 espera un reembolso de **todo** el impuesto federal sobre ingreso retenido porque usted espera **no** tener obligación tributaria.

Si está exento, llene **sólo** las líneas **1, 2, 3, 4 y 7** y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2018 vence el 15 de febrero de 2019. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés, para saber más sobre si reúne los requisitos para la exención de la retención.

Instrucciones Generales

Si no está exento, siga el resto de estas instrucciones para determinar el número de retenciones que debe reclamar para propósitos de la retención para 2018 y cualquier cantidad adicional de impuestos a ser retenida. Para los salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

También puede usar la calculadora en www.irs.gov/W4AppSP para determinar su retención de impuestos con mayor precisión. Considere usar esta calculadora si

tiene una situación tributaria más complicada, como por ejemplo, si tiene un cónyuge que trabaja, si tiene más de un trabajo o tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo aparte de su trabajo. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, también puede usar esta calculadora para ver cómo la cantidad de impuestos que tiene retenida se compara con su impuesto total previsto para 2018. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

Tenga en cuenta que si retiene demasiados impuestos recibirá un reembolso cuando presente su declaración de impuestos. Si no retiene suficientes impuestos, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa.

Personas con múltiples trabajos o con cónyuges que trabajan. Si tiene más de un trabajo a la vez, o si está casado y su cónyuge trabaja, lea todas las instrucciones, incluyendo las instrucciones para la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** antes de comenzar.

Ingresos no derivados del trabajo. Si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés. De lo contrario, puede adeudar impuestos adicionales. O bien, puede usar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4 o la calculadora en www.irs.gov/W4AppSP para asegurarse de tener suficientes impuestos retenidos de su cheque de paga. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 o utilice la calculadora en www.irs.gov/W4AppSP para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o el Formulario W-4P, en inglés.

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

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la(s) hoja(s) de trabajo en sus archivos. -----

Formulario W-4(SP)		Certificado de Exención de Retenciones del Empleado		OMB No. 1545-0074
Department of the Treasury Internal Revenue Service		▶ Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.		2018
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido		2 Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, marque el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero".		
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ▶ <input type="checkbox"/>		
5 Número total de exenciones que reclama (de la hoja de trabajo que le corresponda en las siguientes páginas)		5		
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de paga		6 \$		
7 Reclamo exención de la retención para 2018 y certifico que cumplo con ambas condiciones, a continuación, para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí ▶		7		
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.				
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ▶		Fecha ▶		
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 si envía este certificado al IRS y complete las líneas 8, 9 y 10 si lo envía al State Directory of New Hires (Directorio estatal de personas recién empleadas).		9 Primera fecha de empleo	10 Número de identificación del empleador (EIN)	

Instrucciones Específicas

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales

Complete esta hoja de trabajo en la página 4 primero para determinar el número de descuentos personales de retención que debe reclamar.

Línea C. Cabeza de familia, tenga en cuenta: Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y otro individuo calificado. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información acerca del estado civil para efectos de la declaración.

Línea E. Crédito tributario por hijos. Cuando presente su declaración de impuestos, quizás pueda reunir los requisitos para reclamar un crédito por cada uno de sus hijos calificados. Para ser considerado hijo calificado, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad a partir del 31 de diciembre y tiene que ser su dependiente que viva con usted por más de la mitad del año. Para obtener más información acerca de este crédito, consulte la Publicación 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés. Para reducir el impuesto retenido de su paga teniendo en cuenta este crédito, siga las instrucciones en la línea E de la hoja de trabajo. En la hoja de trabajo se le preguntará acerca de su ingreso total. Para este propósito, el ingreso total incluye todos sus salarios y otros ingresos, incluyendo los ingresos obtenidos por un cónyuge, durante el año.

Línea F. Crédito para otros dependientes. Cuando presente su declaración de impuestos, quizás pueda reunir los requisitos para reclamar un crédito por cada uno de sus dependientes que no califiquen para el crédito tributario por hijos, tal como cualquier hijo dependiente de 17 años de edad o más. Para obtener más información sobre este crédito, consulte la Publicación 505, en inglés. Para reducir el impuesto retenido de su

paga teniendo en cuenta este crédito, siga las instrucciones en la línea F de la hoja de trabajo. En la hoja de trabajo, se le preguntará acerca de su ingreso total. Para este propósito, el ingreso total incluye todos sus salarios y otros ingresos, incluyendo los ingresos obtenidos por un cónyuge, durante el año.

Línea G. Otros créditos. Quizás pueda reducir el impuesto retenido de su cheque de paga si espera reclamar otros créditos tributarios, tales como el crédito tributario por ingreso del trabajo, los créditos tributarios por estudios y el crédito por gastos del cuidado de menores. Si lo hace, su cheque de paga será mayor, pero la cantidad de cualquier reembolso que reciba cuando presente su declaración de impuestos será menor. Siga las instrucciones para la Hoja de Trabajo 1-6 en la Publicación 505, en inglés, si desea reducir su retención para tener en cuenta estos créditos.

Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional

Complete esta hoja de trabajo para determinar si puede reducir los impuestos retenidos de su cheque de paga para contabilizar sus deducciones detalladas y otros ajustes a los ingresos, tales como las contribuciones a los arreglos *IRA*. Si lo hace, su reembolso al final del año será menor, pero su cheque de paga será más grande. No está obligado a completar esta hoja de trabajo ni a reducir su retención si no desea hacerlo.

También puede usar esta hoja de trabajo para calcular por cuánto aumentar el impuesto retenido de su cheque de paga si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo, tales como intereses o dividendos.

Otra opción es tomar estas partidas en cuenta y hacer que su retención sea más precisa al usar la calculadora en www.irs.gov/W4AppSP. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4(SP).

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos

Complete esta hoja de trabajo si tiene más de un trabajo o si está casado y tiene un cónyuge que trabaja y presenta una declaración conjunta. Si no completa esta hoja de trabajo, es posible que tenga muy poco impuesto retenido. De ser así, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa.

Calcule el número total de descuentos que tiene derecho a reclamar y cualquier cantidad adicional de impuestos que retenga en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Reclame todos los descuentos en el Formulario W-4(SP) que usted o su cónyuge presenten para el trabajo que le paga el salario más alto de su familia y solicite cero descuentos en los Formularios W-4(SP) presentados para todos los demás empleos. Por ejemplo, si gana \$60,000 por año y su cónyuge gana \$20,000, debe completar las hojas de trabajo para determinar qué debe anotar en las líneas 5 y 6 de su Formulario W-4(SP), y su cónyuge debe anotar cero ("-0-") en las líneas 5 y 6 de su Formulario W-4(SP). Para más detalles, vea la Publicación 505, en inglés.

Otra opción es usar la calculadora en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención de forma más precisa.

Consejo: Si tiene un cónyuge que trabaja y sus ingresos son similares, puede marcar el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero" en lugar de usar esta hoja de trabajo. Si elige esta opción, cada cónyuge debe completar la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** y marcar el recuadro "Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero" en el Formulario W-4(SP), pero sólo uno de los cónyuges debe reclamar cualquier descuento para los créditos o completar la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional**.

Instrucciones para el Empleador

Empleados: no completen las líneas 8, 9 o 10. Su empleador completará estas líneas si es necesario.

Informes de nuevas contrataciones. La ley requiere que los empleadores declaren a los empleados nuevos a un *State Directory of New Hires* (Directorio estatal de personas recién empleadas) designado. Los empleadores pueden usar las líneas 8, 9 y 10 del Formulario W-4(SP) para cumplir con el requisito de declarar nuevos empleados para un empleado recién contratado. Un empleado recién contratado es el mismo que no ha sido empleado anteriormente por el empleador, o que anteriormente estaba empleado por el empleador, pero estuvo separado de dicho empleo anterior durante al menos 60 días consecutivos. Los empleadores deben comunicarse con el *State Directory of New Hires* (Directorio estatal de personas recién empleadas) apropiado para determinar cómo presentar una copia del Formulario W-4(SP) completado. Para obtener información y enlaces a cada directorio estatal de personas recién empleadas (incluyendo los territorios estadounidenses), acceda a www.acf.hhs.gov/programs/css/employers, en inglés.

Si un empleador está enviando una copia del Formulario W-4(SP) a un directorio estatal de personas recién empleadas designado para cumplir con el nuevo requisito de informar sobre la contratación de una persona recién empleada, complete las líneas 8, 9 y 10 de la siguiente manera.

Línea 8. Anote el nombre y la dirección del empleador. Si un empleador está enviando una copia de este formulario a un directorio estatal de personas recién empleadas, anote la dirección donde las agencias de manutención de menores deben enviar órdenes de retención de ingresos.

Línea 9. Si un empleador está enviando una copia de este formulario a un directorio estatal de personas recién empleadas, anote la primera fecha de empleo del empleado, que es la fecha en que el empleado realizó por primera vez servicios remunerados. Si el empleador volvió a contratar al empleado después de que el mismo estuvo separado del servicio del empleador durante al menos 60 días, anote la fecha de recontractación.

Línea 10. Anote el número de identificación del empleador (*EIN*, por sus siglas en inglés).

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

A Anote "1" para usted mismo **A** _____

B Anote "1" si es casado que presenta una declaración conjunta **B** _____

C Anote "1" si presenta una declaración como cabeza de familia **C** _____

D Anote "1" si:
 { • Es soltero o casado que presenta una declaración por separado, y tiene sólo un empleo; o
 • Es casado que presenta una declaración conjunta, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o
 • Su salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. } **D** _____

E Crédito tributario por hijos. Vea la Publicación 972, *Child Tax Credit* (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información.
 • Si sus ingresos totales serán menos de \$69,801 (\$101,401 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "4" para cada hijo que reúne los requisitos.
 • Si sus ingresos totales serán de \$69,801 a \$175,550 (\$101,401 a \$339,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos.
 • Si sus ingresos totales serán de \$175,551 a \$200,000 (\$339,001 a \$400,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos.
 • Si sus ingresos totales serán mayores de \$200,000 (\$400,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "-0-". **E** _____

F Crédito por otros dependientes.
 • Si sus ingresos totales serán menos de \$69,801 (\$101,401 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada dependiente que reúne los requisitos.
 • Si sus ingresos totales serán de \$69,801 a \$175,550 (\$101,401 a \$339,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "1" para cada dos dependientes (por ejemplo, "-0-" por un dependiente, "1" si tiene dos o tres dependientes y "2" si tiene cuatro dependientes).
 • Si sus ingresos totales serán mayores de \$175,550 (\$339,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), anote "-0-". **F** _____

G Otros créditos. Si tiene otros créditos, consulte la Hoja de Trabajo 1-6 de la Publicación 505, en inglés, y anote la cantidad de esa hoja de trabajo aquí **G** _____

H Sume las líneas **A** a **G**, inclusive, y anote el total aquí **H** _____

Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.

- Si piensa **detallar sus deducciones** o **reclamar ajustes a sus ingresos** y desea reducir su impuesto retenido, o si tiene una cantidad alta de ingreso no derivado del trabajo y desea aumentar su retención, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional**, a continuación.
- Si usted **tiene más de un empleo a la vez** o es **casado que presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$52,000 (\$24,000 si es casado que presenta una declaración conjunta), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** en la página 5 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si **ninguna** de las condiciones anteriores le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), anteriormente, la cantidad de la línea H.

Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones, reclamar ciertos ajustes a los ingresos o si tiene una cantidad alta de ingresos no derivados del trabajo.

1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2018. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos. Vea la Publicación 505, en inglés, para detalles **1** \$ _____

2 Anote:
 { \$24,000 si usted es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos
 \$18,000 si usted es cabeza de familia
 \$12,000 si usted es soltero o casado que presenta la declaración por separado } **2** \$ _____

3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-". **3** \$ _____

4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2018 y cualquier deducción estándar adicional por edad o ceguera. (Vea la Publicación 505, en inglés, para información acerca de estas partidas) **4** \$ _____

5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado **5** \$ _____

6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2018 (por ejemplo, dividendos o intereses) **6** \$ _____

7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-". Si es menor que cero, anote la cantidad entre paréntesis **7** \$ _____

8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,150 y anote el resultado aquí. Si es una cantidad negativa, anótela entre paréntesis. Elimine toda fracción **8** _____

9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** arriba **9** _____

10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si es cero o menos, anote "-0-". Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 de la página 5. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) **10** _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 4 (o, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones, Ajustes e Ingreso Adicional** en la página 4, la cantidad de la línea 10 de esa hoja de trabajo) **1** _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y los salarios del empleo que más le paga son \$75,000 o menos y los salarios combinados para usted y su cónyuge son \$107,000 o menos, no anote más de "3" **2** _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo **3** _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo **4** _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo **5** _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 **6** _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí **7** \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener **8** \$ _____
 - 9 **Divida** la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2018. Por ejemplo, divida por 18 si le pagan cada 2 semanas y usted completa este formulario en una fecha a finales de abril cuando quedan 18 períodos de pago para el año 2018. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de paga **9** \$ _____

Tabla 1

Tabla 2

Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$5,000	0	\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$24,375	\$420	\$0 - \$7,000	\$420
5,001 - 9,500	1	7,001 - 12,500	1	24,376 - 82,725	500	7,001 - 36,175	500
9,501 - 19,000	2	12,501 - 24,500	2	82,726 - 170,325	910	36,176 - 79,975	910
19,001 - 26,500	3	24,501 - 31,500	3	170,326 - 320,325	1,000	79,976 - 154,975	1,000
26,501 - 37,000	4	31,501 - 39,000	4	320,326 - 405,325	1,330	154,976 - 197,475	1,330
37,001 - 43,500	5	39,001 - 55,000	5	405,326 - 605,325	1,450	197,476 - 497,475	1,450
43,501 - 55,000	6	55,001 - 70,000	6	605,326 y más	1,540	497,476 y más	1,540
55,001 - 60,000	7	70,001 - 85,000	7				
60,001 - 70,000	8	85,001 - 90,000	8				
70,001 - 75,000	9	90,001 - 100,000	9				
75,001 - 85,000	10	100,001 - 105,000	10				
85,001 - 95,000	11	105,001 - 115,000	11				
95,001 - 130,000	12	115,001 - 120,000	12				
130,001 - 150,000	13	120,001 - 130,000	13				
150,001 - 160,000	14	130,001 - 145,000	14				
160,001 - 170,000	15	145,001 - 155,000	15				
170,001 - 180,000	16	155,001 - 185,000	16				
180,001 - 190,000	17	185,001 y más	17				
190,001 - 200,000	18						
200,001 y más	19						

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.

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

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

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.



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

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

▶ **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 (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	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: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space </div>	

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

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 (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)	
Address (Street Number and Name)		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 08/31/2019

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.")

Employee Info from Section 1	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		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Additional Information </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space </div>
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	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name Employnet, Inc.	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) PO Box 51400		City or Town Pacific Grove	State CA	ZIP Code 93950

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

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)	
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.

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

Examples of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.