



Fecha: Febrero 7, 2005

A: Todos los clientes

Tema: Aplicación para contratar empleados

Incluido por favor encuentre una copia de la aplicación para contratar empleados revisada para ser utilizada por todos los aplicantes, efectivo inmediatamente. La aplicación para contratar empleados también puede ser encontrada en la pagina del Web de South East, en:

<http://www.southeastpersonnel.com>

Por favor oprima el botón "forms"

Para hacer esta aplicación simple y fácil de completar, South East ha incluido los siguientes diseños de línea:

✓ = El empleado o Cliente puede llenar esta línea.

★ = El empleado debe firmar aquí.

*** = La compañía Cliente por favor firme aquí.**

Por favor, tome nota: Las horas no pueden ser aceptadas por el técnico de planillas de pago de South East si no se ha recibido en South East una aplicación completa y firmada antes de que el empleado se presente a trabajar.

Gracias por su ayuda.

✓ = El solicitante o Cliente puede llenar esta línea

★ = El Solicitante debe firmar aquí

* = La Compañía Cliente por favor firme aquí.

SOUTH EAST PERSONNEL LEASING, INC. (SPLI) APLICACIÓN PARA CONTRATO DE EMPLEADOS

✓	NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
✓	NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____ EMPLEADO # _____
	DEPARTAMENTO, CON CODIGO _____
✓	TASA DE PAGO \$ _____
✓	COMPAÑIA CLIENTE _____
✓	POSICION _____
✓	NUMERO DE TELEFONO () _____ - _____
✓	FECHA DE LA SOCILITUD _____
✓	DIRECCION _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente: Aún no soy un empleado contratado de South East Personnel Leasing, Inc. (SPLI). En consecuencia, si yo sufriera una lesión o hubiera sufrido una lesión relacionada con el trabajo mientras trabajaba para la Compañía Cliente y antes de ser aceptado como un empleado contratado por SPLI, la Compañía Cliente será responsable por esa lesión.

★ Firma del Solicitante _____ ✓ Fecha _____

No se procesará la Planilla de Pago y no se proporcionará cobertura de Compensación Obrera hasta y a menos que todas las páginas de la aplicación de SPLI para contrato de empleados, hayan sido llenadas y firmadas por el Solicitante, SPLI de haya sido entregada a SPLI y SPLI haya aceptado al Solicitante como un empleado contratado.

La Solicitud de SPLI de Contratación de Empleados incluye la totalidad de los siguientes documentos: Esta página; El Reconocimiento del Solicitante; El Reconocimiento de las Prácticas de Seguridad en el Trabajo; el Reconocimiento del Programa de Sospecha Razonable Posterior al Accidente; El Formulario I-9 y el Formulario W-4. Yo también reconozco que he recibido mi copia de la Notificación sobre Abuso de Alcohol y Drogas.

* SPLI significa South East Personel Leasing, Inc. y sus subsidiarias.

✓ = El solicitante o Cliente puede llenar esta línea

★ = El Solicitante debe firmar aquí

* = La Compañía Cliente por favor firme aquí.

RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE

Yo, el abajo firmante reconozco, a través de mi firma, que he sido informado y, si lo acepto, seré un empleado bajo contrato de SPLI, empleado a ✓ _____ (la Compañía Cliente). Asimismo, yo también entiendo que, si soy aceptado, tanto SPLI como yo podemos terminar nuestra relación en cualquier momento, ya que yo seré un empleado contratado a voluntad de SPLI. También entiendo y estoy de acuerdo en que, si soy aceptado, mientras yo sea un empleado contratado de SPLI, si SPLI no recibe pagos de parte de la Compañía Cliente por los servicios que yo preste, SPLI tiene aún la obligación de pagarme el salario mínimo (o el pago por tiempo extra exigido por la ley, a la tasa de salario aplicable en una semana de trabajo durante la cual yo haya laborado tiempo extra) por cualquier período y yo estoy de acuerdo con esta forma de pago.

Yo también entiendo y estoy de acuerdo en que durante cualquier período de pago durante el cual yo reciba cualquier dinero o propinas en lugar de pago por salarios o tiempo extra, yo seré considerado como un empleado de esa persona o compañía que me le esté proporcionando y no como un empleado contratado de SPLI durante ese período de pago completo ya sea diario, semanal, quincenal, dos pagos por mes o mensual, sin excepción.

Yo entiendo que esto significa que, si a mi me paga alguien diferente a SPLI y me lesiono, SPLI argumentará que yo no soy un empleado contratado y que no estaré cubierto por la póliza de compensación obrera de SPLI.

Si yo recibo dinero o propinas por pago de salarios o tiempo extra de alguien distinto a SPLI, yo entiendo que SPLI asumirá que yo he renunciado inmediatamente y, siendo esta una actividad prohibida, dará como resultado mi despido inmediato por parte de SPLI.

Yo también estoy de acuerdo en cumplir con cualesquiera políticas de pruebas de drogas que SPLI pueda adoptar y, específicamente estoy de acuerdo en pruebas posteriores a accidentes.

Yo reconozco que estoy obligado(a) a reportar inmediatamente a la Compañía Cliente, cualesquiera incidentes de discriminación, acoso o venganza, sin importar la identidad o posición del ofensor. También reconozco que la Compañía Cliente es responsable de investigar mi queja y tomar la acción apropiada, si se determina alguna que sea necesaria, y finalizar o remediar la discriminación o venganza. Además reconozco y estoy de acuerdo en que, dado que SPLI no tiene un control completo sobre mi trabajo con la Compañía Cliente y, en consecuencia no está en posición de conocer cualquier discriminación, acoso o venganza denunciadas, todas las acciones para poner fin o reparar cualquier discriminación, acoso o amenazas deben emanar, solamente, de la Compañía Cliente.

Yo estoy de acuerdo y entiendo que si soy aceptado como un empleado contratado de SPLI, me estará expresamente prohibido realizar cualquier clase de trabajo fuera del estado de La Florida. Si yo trabajo fuera del estado de La Florida yo entiendo que yo no seré un empleado contratado de SPLI y que no se me proporcionarán beneficios de Compensación Obrera a través de SPLI o del corredor de SPLI para Compensación Obrera si ocurriera una lesión relacionada con el trabajo. Mi empleo bajo contrato con SPLI se considerará inmediatamente terminado en cuando comience mi viaje fuera de La Florida.

★

Firma del Solicitante

✓

Fecha

✓ = El solicitante o Cliente puede llenar esta línea

★ = El Solicitante debe firmar aquí

* = La Compañía Cliente por favor firme aquí.

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE TRABAJO SEGURAS

✓

(Compañía Cliente)

✓

Dirección

Como condición de que se me acepte como un empleado bajo contrato de SPLI, yo

✓

(nombre completo), por este medio estoy de acuerdo en cumplir con las siguientes normas de seguridad en el trabajo:

1. Yo estoy de acuerdo en cumplir con todos los requerimientos y prácticas de seguridad, incluyendo pero sin limitarse a a aquellas ordenadas o recomendadas por cualquier entidad gubernamental, OSHA, La Compañía Cliente, SPLI o cualquiera otra entidad, cualquiera que fuese y sin excepción.
2. Yo estoy de acuerdo en reportar cualquier accidente o lesión relacionada con el trabajo a mi supervisor de la Compañía Cliente, inmediatamente después de ocurrido, sin excepción.
3. Si necesito tratamiento por una lesión relacionada con el trabajo, yo estoy de acuerdo en:
 - A. Notificar a mi supervisor de la Compañía Cliente de la necesidad de tratamiento;
 - B. Para el tratamiento inicial acudir solamente a médicos indicados por la Compañía Cliente/SPLI.
 - C. Durante la visita inicial llevar un formulario de Autorización Médica para Tratamiento a la institución de tratamiento autorizada.
 - D. Notificar a SPLI o al Corredor de SPLI para Compensación Obrera cuando se me refiera a cualquier especialista para tratamiento.
 - E. Solamente acudir a especialistas que han sido autorizados por SPLI o el Corredor de SPLI para Compensación Obrera.

Yo entiendo que la falta de mi parte en seguir los procedimientos arriba indicados puede tener como resultado una acción disciplinaria la cual no excluye el despido. Y estoy de acuerdo en informar a SPLI sobre cualesquiera violaciones de seguridad que encuentre en el lugar de trabajo. También entiendo que de acuerdo con la Sección 440.09 (4) de la Ley de Compensación Obrera de La Florida, mis beneficios de compensación podrían ser reducidos por cualquier lesión que ocurriera debido a no seguir los procedimientos de seguridad indicados arriba.

★

Firma del solicitante

✓

Fecha

✓ = El solicitante o Cliente puede llenar esta línea

★ = El Solicitante debe firmar aquí

* = La Compañía Cliente por favor firme aquí.

RECONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE SOSPECHA RAZONABLE POSTERIOR AL ACCIDENTE.

Yo entiendo y reconozco que SPLI mantiene un Programa de Sospecha Razonable Posterior al Accidente el cual requiere que todos los empleados contratados se presenten al trabajo sin haber consumido drogas.

Yo he leído o se me ha leído una copia del programa mencionado y he entendido las consecuencias que trae violar tal política, incluyendo mis obligaciones provenientes de la Política de Sospecha Razonable Posterior al Accidente. Si no entendí el programa, lo hice saber y recibí la explicación correspondiente. Yo entiendo, específicamente, que si me lesiono en el trabajo y rehúso someterme a un examen o si el resultado es positivo en cuanto al uso de drogas o alcohol, podría resultar inelegible para todos los beneficios de compensación obrera, médicos o de indemnización.

Yo entiendo que como condición para continuar empleado, cuando exista una duda razonable en cuanto al uso de drogas y/o alcohol, SPLI solicitará que me someta a un examen de orina y sangre, el primero para drogas y el segundo para alcohol. Yo por este medio estoy de acuerdo a someterme a tales exámenes incluyendo el seguimiento para los programas de rehabilitación y los exámenes que sean necesarios después de un accidente.

Además, yo doy mi consentimiento para que los resultados de tales exámenes sean hechos del conocimiento del Representante autorizado de SPLI, por el Oficial de Revisión Médica (Medical Review Officer, MRO). Entiendo que estoy autorizado legalmente para recibir una copia de este formulario de consentimiento si yo lo solicito. Estos resultados no serán hechos del conocimiento de terceras partes adicionales sin mi consentimiento por escrito, excepto que yo reconozco que SPLI, los agentes de SPLI y del laboratorio de pruebas tendrán acceso a los resultados de los exámenes y podrán hacer esos resultados del conocimiento de su abogado, en relación con los procedimientos relativos a compensación obrera, y puede usar esos resultados cuando sean importantes para su defensa y otros asuntos civiles o administrativos.

Yo libero al personal de pruebas y/o a los médicos de los laboratorios de pruebas que me hayan realizado exámenes, de cualquier responsabilidad proveniente de la comunicación o uso de cualquiera y todos los resultados, informes escritos, registros médicos e información concerniente a mi(s) examen(es) a los oficiales de SPLI apropiados. Asimismo, libero a todos los oficiales de SPLI por cualquier responsabilidad proveniente de la comunicación o uso de tales resultados de los exámenes.

Yo también entiendo que no existe la intención de que el Programa de Sospecha Razonable Posterior al Accidente y los documentos relacionados a ella constituyan un contrato entre mi persona y SPLI.

Reconozco haber recibido una copia de este Programa.

★ Firma _____ ✓ Nombre _____ ✓ Fecha _____

Notificación sobre uso de Drogas y Alcohol
Para sus archivos

SPLI ha reconocido que el uso de drogas y alcohol es un problema en el trabajo al mismo tiempo que un problema social. Nosotros creemos que el abuso de alcohol y el uso de drogas ilegales pone en peligro la salud y la seguridad de los que abusan y de los que los rodean. SPLI se ha comprometido a crear y mantener un Programa de Sospecha Razonable Posterior al Accidente sin poner en peligro la seguridad al trabajo de empleados bajo contrato que son muy valiosos pero que tienen problemas, siempre y cuando ellos estén dispuestos a ayudarnos a ayudarles. Nuestra política de Sospecha Razonable Posterior al Accidente actualmente declara formalmente que es una condición por parte de SPLI para aceptar a alguien como un empleado bajo contrato el que esa persona se abstenga de reportarse al trabajo o trabajar con la presencia de alcohol o drogas en su organismo. Esta prohibición incluye la posesión, uso o venta de drogas ilegales y el abuso del alcohol.

Para asegurar que SPLI se encuentra cumpliendo con la política de Sospecha Razonable Posterior al Accidente, un Programa de Pruebas para drogas se iniciará el 1 de marzo de 1998. Debe entenderse claramente que es una condición de aceptación como empleado bajo contrato de parte de SPLI que los individuos eviten el uso, posesión o venta o cualquier asociación con drogas ilegales y/o abuso de alcohol. Los empleados bajo contrato que sean encontrados en el trabajo bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol o que violen esta política de cualquier otra forma, serán despedidos.

Es muy importante que todos trabajemos juntos para enfrentar el abuso de sustancias y lograr que nuestro ambiente de trabajo sea más seguro y remunerativo.

Employment Eligibility Verification

INSTRUCTIONS

PLEASE READ ALL INSTRUCTIONS CAREFULLY BEFORE COMPLETING THIS FORM.

Anti-Discrimination Notice. It is illegal to discriminate against any individual (other than an alien not authorized to work in the U.S.) in hiring, discharging, or recruiting or referring for a fee because of that individual's national origin or citizenship status. It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because of a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1 - Employee. All employees, citizens and noncitizens, hired after November 6, 1986, must complete Section 1 of this form at the time of hire, which is the actual beginning of employment. **The employer is responsible for ensuring that Section 1 is timely and properly completed.**

Preparer/Translator Certification. The Preparer/Translator Certification must be completed if Section 1 is prepared by a person other than the employee. A preparer/translator may be used only when the employee is unable to complete Section 1 on his/her own. However, the employee must still sign Section 1 personally.

Section 2 - Employer. For the purpose of completing this form, the term "employer" includes those recruiters and referrers for a fee who are agricultural associations, agricultural employers or farm labor contractors.

Employers must complete Section 2 by examining evidence of identity and employment eligibility within three (3) business days of the date employment begins. If employees are authorized to work, but are unable to present the required document(s) within three business days, they must present a receipt for the application of the document(s) within three business days and the actual document(s) within ninety (90) days. However, if employers hire individuals for a duration of less than three business days, Section 2 must be completed at the time employment begins. **Employers must record: 1) document title; 2) issuing authority; 3) document number, 4) expiration date, if any; and 5) the date employment begins.** Employers must sign and date the certification. Employees must present original documents. Employers may, but are not required to, photocopy the document(s) presented. These photocopies may only be used for the verification process and must be retained with the I-9. **However, employers are still responsible for completing the I-9.**

Section 3 - Updating and Reverification. Employers must complete Section 3 when updating and/or reverifying the I-9. Employers must reverify employment eligibility of their employees on or before the expiration date recorded in Section 1. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee.

- If an employee's name has changed at the time this form is being updated/reverified, complete Block A.
- If an employee is rehired within three (3) years of the date this form was originally completed and the employee is still eligible to be employed on the same basis as previously indicated on this form (updating), complete Block B and the signature block.
- If an employee is rehired within three (3) years of the date this form was originally completed and the employee's work authorization has expired or if a current employee's work authorization is about to expire (reverification), complete Block B and:

- examine any document that reflects that the employee is authorized to work in the U.S. (see List A or C),
- record the document title, document number and expiration date (if any) in Block C, and
- complete the signature block.

Photocopying and Retaining Form I-9. A blank I-9 may be reproduced, provided both sides are copied. The Instructions must be available to all employees completing this form. Employers must retain completed I-9s for three (3) years after the date of hire or one (1) year after the date employment ends, whichever is later.

For more detailed information, you may refer to the Department of Homeland Security (DHS) Handbook for Employers, (Form M-274). You may obtain the handbook at your local U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) office.

Privacy Act Notice. The authority for collecting this information is the Immigration Reform and Control Act of 1986, Pub. L. 99-603 (8 USC 1324a).

This information is for employers to verify the eligibility of individuals for employment to preclude the unlawful hiring, or recruiting or referring for a fee, of aliens who are not authorized to work in the United States.

This information will be used by employers as a record of their basis for determining eligibility of an employee to work in the United States. The form will be kept by the employer and made available for inspection by officials of the U.S. Immigration and Customs Enforcement, Department of Labor and Office of Special Counsel for Immigration Related Unfair Employment Practices.

Submission of the information required in this form is voluntary. However, an individual may not begin employment unless this form is completed, since employers are subject to civil or criminal penalties if they do not comply with the Immigration Reform and Control Act of 1986.

Reporting Burden. We try to create forms and instructions that are accurate, can be easily understood and which impose the least possible burden on you to provide us with information. Often this is difficult because some immigration laws are very complex. Accordingly, the reporting burden for this collection of information is computed as follows: **1) learning about this form, 5 minutes; 2) completing the form, 5 minutes; and 3) assembling and filing (recordkeeping) the form, 5 minutes, for an average of 15 minutes per response.** If you have comments regarding the accuracy of this burden estimate, or suggestions for making this form simpler, you can write to U.S. Citizenship and Immigration Services, Regulatory Management Division, 111 Massachusetts Avenue, N.W., Washington, DC 20529. OMB No. 1615-0047.

NOTE: This is the 1991 edition of the Form I-9 that has been rebranded with a current printing date to reflect the recent transition from the INS to DHS and its components.

Employment Eligibility Verification

Please read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available during completion of this form. **ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because of a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Verification.

To be completed and signed by employee at the time employment begins.

Print Name: Last	First	Middle Initial	Maiden Name
Address (Street Name and Number)		Apt. #	Date of Birth (month/day/year)
City	State	Zip Code	Social Security #
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):	
		<input type="checkbox"/> A citizen or national of the United States <input type="checkbox"/> A Lawful Permanent Resident (Alien #) A _____ <input type="checkbox"/> An alien authorized to work until _____ (Alien # or Admission #) _____	
Employee's Signature			Date (month/day/year)

Preparer and/or Translator Certification. (To be completed and signed if Section 1 is prepared by a person other than the employee.) I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Preparer's/Translator's Signature	Print Name
Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)	Date (month/day/year)

Section 2. Employer Review and Verification.

To be completed and signed by employer. Examine one document from List A OR examine one document from List B and one from List C, as listed on the reverse of this form, and record the title, number and expiration date, if any, of the document(s).

List A	OR	List B	AND	List C
Document title: _____		_____		_____
Issuing authority: _____		_____		_____
Document #: _____		_____		_____
Expiration Date (if any): _____		_____		_____
Document #: _____		_____		_____
Expiration Date (if any): _____		_____		_____

CERTIFICATION - I attest, under penalty of perjury, that I have examined the document(s) presented by the above-named employee, that the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, that the employee began employment on (month/day/year) _____ and that to the best of my knowledge the employee is eligible to work in the United States. (State employment agencies may omit the date the employee began employment.)

Signature of Employer or Authorized Representative	Print Name	Title
Business or Organization Name	Address (Street Name and Number, City, State, Zip Code)	Date (month/day/year)

Section 3. Updating and Reverification.

To be completed and signed by employer.

A. New Name (if applicable)	B. Date of rehire (month/day/year) (if applicable)	
C. If employee's previous grant of work authorization has expired, provide the information below for the document that establishes current employment eligibility.		
Document Title: _____	Document #: _____	Expiration Date (if any): _____

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is eligible 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	Date (month/day/year)
--	-----------------------

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

LIST A	LIST B	LIST C
Documents that Establish Both Identity and Employment Eligibility	Documents that Establish Identity	Documents that Establish Employment Eligibility
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport (unexpired or expired) 2. Certificate of U.S. Citizenship (<i>Form N-560 or N-561</i>) 3. Certificate of Naturalization (<i>Form N-550 or N-570</i>) 4. Unexpired foreign passport, with <i>I-551 stamp</i> or attached <i>Form I-94</i> indicating unexpired employment authorization 5. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card with photograph (<i>Form I-151 or I-551</i>) 6. Unexpired Temporary Resident Card (<i>Form I-688</i>) 7. Unexpired Employment Authorization Card (<i>Form I-688A</i>) 8. Unexpired Reentry Permit (<i>Form I-327</i>) 9. Unexpired Refugee Travel Document (<i>Form I-571</i>) 10. Unexpired Employment Authorization Document issued by DHS that contains a photograph (<i>Form I-688B</i>) 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a state or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <p style="text-align: center; font-weight: bold;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. School record or report card 11. Clinic, doctor or hospital record 12. Day-care or nursery school record
	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. social security card issued by the Social Security Administration (<i>other than a card stating it is not valid for employment</i>) 2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (<i>Form FS-545 or Form DS-1350</i>) 3. Original or certified copy of a birth certificate issued by a state, county, municipal authority or outlying possession of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (<i>Form I-197</i>) 6. ID Card for use of Resident Citizen in the United States (<i>Form I-179</i>) 7. Unexpired employment authorization document issued by DHS (<i>other than those listed under List A</i>)

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

Forma W-4(SP) 2006

Propósito. Llene la Forma W-4(SP) para que su empleador(a) o patrono(a) pueda retenerle el impuesto federal sobre el ingreso correcto de su paga. Debido a que su situación tributaria pudiera cambiar, usted pudiera querer recalcular su retención cada año.

Exención de la retención. Si usted está exento(a), llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme la forma para validarla. Su exención para el 2006 vence el 16 de febrero del 2007. Vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención del impuesto e impuesto estimado), en inglés.

Aviso: Usted no puede reclamar la exención de la retención si: (a) su ingreso excede de \$850 e incluye más de \$300 de ingreso no derivado del trabajo (p.e., intereses y dividendos) y (b) otra persona puede reclamarlo(a) a usted como dependiente en su declaración de impuestos.

Instrucciones básicas. Si usted no está exento(a), llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, más abajo. Las hojas de trabajo en la página 2 ajustan sus descuentos de la retención basados en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes al ingreso o situaciones de dos asalariados/dos empleos. Llene todas las hojas de trabajo que le apliquen. Sin embargo, usted pudiera reclamar menos (o cero) descuentos.

Cabeza de familia. Por lo general, usted puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuesto sólo si usted no está casado(a) y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la línea E, abajo.

Créditos tributarios. Usted puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos al calcular su número permisible de descuentos de la retención. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, abajo. Vea la Publicación 919, *How Do I Adjust My Tax Withholding?* (¿Cómo Ajusto la Retención de mi Impuesto?), en inglés, para saber información sobre la conversión de sus otros créditos a descuentos de la retención.

Ingreso que no proviene de sueldos o salarios. Si usted tiene una suma cuantiosa de ingreso que no proviene de sueldos o salarios, tal como de intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuesto estimado usando la Forma 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto Estimado para Individuos), en inglés. De lo contrario, usted pudiera deber impuesto adicional.

Dos asalariados/dos empleos. Si usted tiene un(a) cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual usted tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando la hoja de trabajo de sólo una Forma W-4(SP). Su retención usualmente será la más precisa cuando todos los descuentos son reclamados en la Forma W-4(SP) para el empleo que paga más y cero descuentos son reclamados en los otros empleos.

Extranjero(a) no residente. Si usted es un(a) extranjero(a) no residente, vea las *Instructions for Form 8233* (Instrucciones para la Forma 8233), disponibles en inglés, antes de llenar esta Forma W-4(SP).

Revise su retención. Después de que su Forma W-4(SP) entre en vigencia, use la Publicación 919, en inglés, para saber cómo la cantidad en dólares que a usted se le está siendo retenida se compara con la cantidad total de impuestos prevista para el 2006. Vea la Publicación 919, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero(a)) o de \$180,000 (Casado(a)).

¿Cambio de nombre reciente? Si su nombre en la línea 1 es diferente del que aparece en su tarjeta de seguro social, llame al 1-800-772-1213 para iniciar un cambio de nombre y obtener una tarjeta de seguro social que muestre su nombre correcto.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guárdela para su archivo.)

A Anote "1" para usted mismo(a) si nadie más le puede reclamar como dependiente **A** _____

B Anote "1" si:
 {
 • Usted es soltero(a) y tiene sólo un empleo; o
 • Usted es casado(a), tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o
 • Sus sueldos o salarios de un segundo empleo o los de su cónyuge (o el total de los dos) son de \$1,000 ó menos.
 } **B** _____

C Anote "1" para su cónyuge. Pero, usted puede escoger anotar "-0-" si es casado(a) y tiene un(a) cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (Anotando "-0-" pudiera ayudarle a evitar que le retengan una cantidad de impuesto demasiado baja.) **C** _____

D Anote el número de **dependientes** (que no sean su cónyuge o usted mismo(a)) que usted reclamará en su declaración de impuestos **D** _____

E Anote "1" si usted presentará como **cabeza de familia** en su declaración de impuestos (vea las condiciones bajo **Cabeza de familia**, arriba) **E** _____

F Anote "1" si usted tiene por lo menos \$1,500 en **gastos del cuidado de hijos o dependientes** por los cuales usted piensa reclamar un crédito (Aviso: No incluya pagos de pensión para hijos menores. Vea la Pub. 503, *Child and Dependent Care Expenses* (Gastos de cuidado de hijos menores y dependientes), en inglés, para más detalles.) **F** _____

G **Crédito tributario por hijos** (incluyendo crédito tributario adicional por hijos):
 • Si su ingreso total será menor de \$55,000 (\$82,000 si es casado(a)), anote "2" para cada hijo(a) elegible.
 • Si su ingreso total será de entre \$55,000 y \$84,000 (\$82,000 y \$119,000 si es casado(a)), anote "1" para cada hijo(a) elegible más "1" adicional si usted tiene cuatro o más hijos elegibles **G** _____

H Sume las líneas desde la **A** hasta la **G**, inclusive, y anote el total aquí. **Aviso:** Esto pudiera ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos **H** _____

Para que sea lo más exacto posible, **complete todas las hojas de trabajo que correspondan.**
 {
 • Si usted piensa **detallar sus deducciones o reclamar ajustes a su ingreso** y desea reducir su impuesto retenido, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes** en la página 2.
 • Si usted tiene **más de un empleo o es casado(a) y tanto usted como su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$35,000 (\$25,000 si es casado(a)), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos** en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
 • Si **ninguna** de las condiciones de arriba le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 de la Forma W-4(SP), más abajo, la cantidad de la línea H.
 }

Corte aquí y entregue su Forma W-4(SP) a su empleador(a). Guarde la parte de arriba en sus archivos.

Forma W-4(SP) Certificado de Exención de la Retención del(la) Empleado(a)		OMB No. 1545-0074
Department of the Treasury Internal Revenue Service		2006
▶ Su derecho a reclamar un cierto número de descuentos o a declararse exento(a) de la retención de impuestos está sujeto a examen por el IRS. Su empleador(a) o patrono(a) quizás debiera enviar una copia de esta forma al IRS.		
1	Escriba a maquina o en letra de imprenta 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(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), pero retiene con la tasa mayor de Soltero(a) Nota: Si es casado(a), pero está legalmente separado(a), o si su cónyuge es un(a) extranjero(a) no residente, marque el encasillado para "Soltero(a)".
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 encasillado. Debe llamar al 1-800-772-1213 para una nueva tarjeta. ▶ <input type="checkbox"/>
5	Número total de exenciones que reclama usted (de la línea H arriba o de la hoja de trabajo que aplica en la página 2)	5
6	Cantidad adicional, si hay alguna, que usted quiere que le retengan de su cheque de pago	6 \$
7	Yo reclamo la exención de la retención para el 2006 y certifico que cumplo con ambas de las siguientes condiciones para la exención: • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso porque yo no tenía ninguna obligación tributaria y • Este año yo tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso porque tengo previsto el no tener una obligación tributaria. Si usted cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento(a)) aquí ▶ 7	
Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado este certificado y que a mi mejor saber y entender, está correcto y completo.		
Firma del(la) empleado(a) (La forma no es válida a menos que usted la firme.) ▶		Fecha ▶
8	Nombre y dirección del(la) empleador(a) o patrono(a) (Empleador(a) o patrono(a): Llene las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS.)	9 Código de oficina (opcional)
		10 Número de identificación del empleador(a) o patrono(a) (EIN)

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Aviso: Utilice esta hoja de trabajo **únicamente** si usted piensa detallar las deducciones, reclamar ciertos créditos o tomar ajustes al ingreso en su declaración de impuestos para el 2006.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para el 2006. Estas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que exceden del 7.5% de su ingreso y ciertas deducciones misceláneas. (Para el 2006, usted quizás deba reducir sus deducciones detalladas si su ingreso excede de \$150,500 (\$75,250 para los casados que presentan por separado). Vea, **Worksheet 3** (Hoja de Trabajo 3), en la Publicación 919 para más detalles **1** \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$10,300 \text{ si usted es casado(a) que presenta declaración conjunta} \\ \text{o como viudo(a) calificado(a)} \\ \$7,550 \text{ si usted es cabeza de familia} \\ \$5,150 \text{ si es soltero(a) o casado(a) que presenta la declaración} \\ \text{por separado} \end{array} \right\}$ **2** \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la de la línea 1. Si la línea 2 es mayor de la línea 1, anote "-0-" **3** \$ _____
- 4 Anote el estimado de sus ajustes al ingreso para el 2006, incluyendo la pensión alimenticia para cónyuges divorciados, aportaciones deducibles a una cuenta IRA e intereses de un préstamo estudiantil **4** \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado (incluya cualquier cantidad de créditos de la **Worksheet 7** (Hoja de Trabajo 7) en la Publicación 919). **5** \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para el 2006 (p.e., los dividendos o intereses) **6** \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la de la línea 5. Anote aquí el resultado, pero no menos que cero **7** \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$3,300 y anote el resultado aquí. Elimine cualquier fracción (si la hay) **8** _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Exenciones Personales** en la página 1 **9** _____
- 10 **Sume** las cantidades de la línea 8 y de la línea 9 y anote el total aquí. Si usted piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De otra manera, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 de la Forma W-4(SP) **10** _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos (Vea, **Dos asalariados/dos empleos**, en la página 1.)

Aviso: Utilice esta hoja de trabajo **únicamente** si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 le han dirigido a usted aquí.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si usted utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) . . . **1** _____
- 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, más abajo, que corresponda al empleo que le paga el sueldo **MAS MINIMO** y anótela aquí . . . **2** _____
- 3 Si la cantidad de 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 de la Forma W-4(SP) en la página 1. Por favor, **no siga** con esta hoja de trabajo . . . **3** _____

Aviso: Si la línea 1 es **menos de** la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 de la Forma W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas de la 4 a la 9 para calcular la cantidad de impuesto adicional que se le debe retener, necesaria para evitar una factura por impuestos debidos 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 de la línea 4 **6** _____
- 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más abajo, que corresponda al empleo que le paga el sueldo **MAYOR** y anótela aquí . . . **7** \$ _____
- 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la de la línea 6 y anote el resultado aquí. Esta es la cantidad de impuesto adicional que se debe retener . . . **8** \$ _____
- 9 **Divida** la cantidad de la línea 8 por el total de los periodos de pago que faltan del 2006. Por ejemplo, divida por 26 si le pagan cada 2 semanas y usted llena esta forma en diciembre del 2005. Anote el resultado aquí y también en la línea 6 de la Forma W-4(SP) en la página 1. Esta es la cantidad de impuesto adicional que se debe retener de cada cheque de sueldo **9** \$ _____

Tabla 1: Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos

Casados que presentan la declaración conjuntamente				Todos los demás			
Si el sueldo del empleo que le paga MEJOR es -	Y el sueldo del empleo que le paga LO MAS MINIMO es	Anote en la línea 2, arriba	Si el sueldo del empleo que le paga MEJOR es -	Y el sueldo del empleo que le paga LO MAS MINIMO es	Anote en la línea 2, arriba	Y el sueldo del empleo que le paga LO MAS MINIMO es -	Anote en la línea 2, arriba
\$0 - \$42,000	\$0 - \$4,500	0	\$42,001 y más	\$32,001 - \$38,000	6	\$0 - \$6,000	0
	4,501 - 9,000	1		38,001 - 46,000	7	6,001 - 12,000	1
	9,001 - 18,000	2		46,001 - 55,000	8	12,001 - 19,000	2
	18,001 y más	3		55,001 - 60,000	9	19,001 - 26,000	3
\$42,001 y más	\$0 - \$4,500	0		60,001 - 65,000	10	26,001 - 35,000	4
	4,501 - 9,000	1		65,001 - 75,000	11	35,001 - 50,000	5
	9,001 - 18,000	2		75,001 - 95,000	12	50,001 - 65,000	6
	18,001 - 22,000	3		95,001 - 105,000	13	65,001 - 80,000	7
	22,001 - 26,000	4		105,001 - 120,000	14	80,001 - 90,000	8
	26,001 - 32,000	5		120,001 y más	15	90,001 - 120,000	9
						120,001 y más	10

Tabla 2: Hoja de Trabajo para Dos Asalariados/Dos Empleos

Casados que presentan la declaración conjuntamente		Todos los demás	
Si el sueldo del empleo que le paga MEJOR es -	Anote en la línea 7, arriba	Si el sueldo del empleo que le paga MEJOR es -	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$60,000	\$500	\$0 - \$30,000	\$500
60,001 - 115,000	830	30,001 - 75,000	830
115,001 - 165,000	920	75,001 - 145,000	920
165,001 - 290,000	1,090	145,001 - 330,000	1,090
290,001 y más	1,160	330,001 y más	1,160

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información contenida en esta forma para cumplir con las leyes de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información de acuerdo con las secciones 3402(f)(2)(A) y 6109 y su reglamentación. **El dejar de presentar una forma debidamente completada resultará en considerarle a usted una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta pudiera sujetarle a usted a multas y penalidades.** Solemos compartir esta información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados y el Distrito de Columbia a fin de ayudarlos en administrar sus leyes tributarias respectivas y también para incluirla en el *National Directory of New Hires* (Directorio Nacional de Personas Recién Empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países bajo un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para ejecutar las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales de aplicación de la ley o de la inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado(a) a facilitar la información solicitada en una forma sujeta a la Ley de Reducción de Trámites a menos que la misma muestre un número de control válido de la *OMB (Office of Management and Budget)*. Los libros o registros relativos a una forma o sus instrucciones deberán ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la administración de cualquier ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y cualquier información pertinente son confidenciales, como lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar esta forma variará dependiendo de las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de su declaración de impuestos sobre el ingreso (en inglés).

Si desea hacer cualquier sugerencia que ayude a que esta forma más sencilla, nos gustaría escucharle. Vea las instrucciones para su declaración de impuestos sobre el ingreso.