



POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Esta solicitud debe completarse y completarse, con todas las firmas, fechas e información externa que se solicita completar. Toda la información en esta solicitud es confidencial.

1A. Información Personal

Nombre: (Apellido, Nombre, Segundo nombre) _____

Nombre del Consumidor a Cuidar: _____

SS#: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Género: F / M

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Tienes 18 años o más? *Sí / No* Ciudadano de EE. UU. : *Sí / No*

En caso negativo, Tarjeta de identificación de inmigrante: _____

¿Se le impide trabajar legalmente en este país debido a la visa o el estado de inmigración? *Sí No*

Transporte: (Auto) _____ (Autobús) _____ Otro: _____

¿Has trabajado antes con Pleet Home Care? *Sí / No* Si es así, ¿cuándo? _____

¿Qué idiomas hablas? _____

Indique su última forma completa de **EDUCACIÓN** a continuación:

Educación Colegio	Años de Estudio	Ciudad	¿Te graduaste? Si es así, ¿en qué año?	Diploma o Licenciatura:

Indique cualquier **LICENCIA / CERTIFICACIÓN** relacionada que posea, si corresponde:

Numero de Licencia:	Fecha de Caducidad:	Programa de Escuela / Entrenamiento:	Otro:

2A. EXPERIENCIA / HISTORIA DE EMPLEO

Nombre de Empresa Y Teléfono (#)	Fechas de empleo (Inicio y Fin)	Último Salario	Título Profesional	Razón de Salida
	Inicio: Fin:	\$ _____		
	Inicio: Fin:	\$ _____		
	Inicio: Fin:	\$ _____		

Lea y firme la siguiente declaración:

Entiendo que si me contratan, proporcionaré prueba de identificación y autorización legal de trabajo, así como toda la documentación requerida según lo requerido por el Departamento de Salud de Nueva York en lo que respecta al empleo de proveedores para profesionales de salud de atención directa.

POLÍTICA DE EMPLEO A VOLUNTAD:

En el caso de que el solicitante acepte aceptar un puesto en la empresa, el solicitante y la empresa acuerdan que la relación laboral entre la empresa y el empleado es una relación voluntaria y que la relación laboral y la compensación se pueden rescindir, con o sin causa, y con o sin previo aviso en cualquier momento, a opción de la empresa o el empleado.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

2B. Reconoce que recibio el manual para el cuidador / asistente personal (PA)

Pleet Home Care Agency me ha dado el manual para el asistente personal. Entiendo que se puede acceder en la pagina web de Pleet Home Care (<https://pleetcdpap.com>). Además, sé que puedo solicitarlo a mi coordinador de admisión.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

3A. Disponibilidad (marque todo lo que corresponda)

Tiempo completo	Medio tiempo	Fines de semana	Día	Noche

Por Favor Proporcione su Horario:

Semanal: Quincenal: Otro:

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde:							
A:							

Entiendo que debo notificar al consumidor y al Representante de Pleet Home Care con anticipación por cualquier tiempo libre, consulte el manual del empleado para obtener más detalles.

Entiendo que si mi tarea finaliza, o si no estoy trabajando por más de 3 días, será mi responsabilidad contactar a todos los lugares necesario para informales.

Entiendo que es mi deber llamar a los servicios de emergencia (es decir, # 911) y contactar a Pleet Home Care en caso de una emergencia con el consumidor con el que está trabajando.

Entiendo que No Call No Show es motivo de terminación inmediata.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

3B. Reconocimiento HIPPA

Entiendo que, como empleado de Pleet Home Care CDPAP, acepto mantener la privacidad y confidencialidad del consumidor para el que estoy trabajando. Entiendo las sanciones civiles y penales relacionadas con la violación de las Leyes de privacidad de HIPPA. Entiendo que cuando la información de salud protegida (PHI) puede divulgarse y también cuando debo denunciar cualquier violación de las Leyes de privacidad al Vicepresidente o la Administración de la empresa. Mi firma es un reconocimiento de que entiendo lo que se requiere de acuerdo con la política de la compañía y del gobierno.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

4A. Acuerdo de Conflicto

Yo, **(Nombre en letra de imprenta)** _____, entiendo que no se me puede pagar al cuidador a través del programa CDPAP de Medicaid en Pleet Home Care si soy un representante autorizado y / o un poder notarial para el consumidor, ya que esto es un conflicto de intereses. Al firmar este documento, reconozco que no soy ninguna de estas representaciones para el consumidor y que no tengo un conflicto de intereses.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

4B. Contrato de Arbitraje

Cualquier disputa o controversia que surja en conexión con este acuerdo se resolverá exclusivamente mediante arbitraje, llevado a cabo ante un árbitro en Buffalo, NY, de conformidad con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes en ese momento. Se puede emitir un fallo sobre el laudo del árbitro en cualquier tribunal que tenga jurisdicción; los gastos de dicho arbitraje correrán a cargo del Banco.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

4C. Coloque las COPIAS DE SU IDENTIFICACIÓN detrás de este documento.

Ejemplo: pasaporte, licencia de conducir o copias de la tarjeta del Seguro Social
Los artículos deben actualizarse, no caducar. Esto es necesario para una solicitud completa.

Licencia de Conducir
Y
Seguridad Social

O

Pasaporte

Artículos externos requeridos con este formulario:

- Copia de la licencia de conducir
- Copia de la Seguridad Social

5A. Divulgación y Autorización

Esto sirve para informar que, en consideración al empleo, se puede obtener un informe del consumidor y / o un informe de investigación sobre usted. Este proceso puede incluir la verificación de la educación; historial de crédito; historial de empleo; una revisión de cualquier registro de agencia gubernamental local, del condado, estatal y federal; registros públicos de la corte; los registros de manejo (MVR) y las referencias de empleo pueden incluir información relacionada con su carácter general y reputación, hábitos de trabajo y otras características de empleo.

Al firmar esta divulgación y autorización:

Usted acusa recibo de esta Divulgación y Autorización, así como el recibo del resumen de sus derechos bajo la Ley de Informes de Crédito Justos.

Usted nos da permiso para obtener un informe del consumidor y / o investigar el informe del consumidor sobre usted con fines laborales.

Recibido y Autorizado por:

Se requiere lo siguiente para realizar verificaciones previas al empleo. La fecha de nacimiento y el apellido de soltera no se consideran en la decisión de empleo. Esta información se utiliza únicamente para la verificación precisa de registros.

[Proporcione toda la información]

Nombre completo impreso: _____
Teléfono de Casa: () _____ - _____ **Teléfono de Trabajo:** () _____ - _____
Número de Seguridad Social: _____ - _____ - _____
Nombre de soltera o Otro Nombre Utilizado: _____
Año de Última Utilización: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Número de Licencia de Conducir: _____ **Estado:** _____

Reconozco que este documento en su forma original o copiada sirve como mi autorización válida para que todas las personas, instituciones educativas, empleadores pasados y / o actuales, organizaciones, agencias de informes de crédito, agencias de cumplimiento de la ley o de antecedentes penales, y otras agencias para liberar información sobre mí y por la presente liberamos a todas esas personas, instituciones, agencias, empleadores y organizaciones que brindan dicha información de responsabilidad en cualquiera o todas las reclamaciones y daños relacionados con el suministro de la información solicitada.

Firma (Esta solicitud no se procesará sin su firma)

Fecha

6A. Autorización para Búsqueda e Intercambio de Información

Yo, **(Nombre en letra de imprenta)** _____, autorizo a Pleet Home Care Agency a presentar una solicitud al Fiscal General de los Estados Unidos para realizar una búsqueda en el registro de la División de Servicios de Información de Justicia Criminal de la Oficina Federal de Investigación para cualquier historial criminal registros correspondientes a las huellas dactilares u otra información entre el Fiscal General de los Estados Unidos, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y la Agencia Pleet Home Care. Esta información solo puede ser utilizada por la Agencia Pleet Home Care, y solo con el propósito de determinar mi sostenibilidad para el empleo en un puesto involucrado en la supervisión directa del cuidado del paciente / consumidor.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

6B. Divulgación de Hallazgos

Por la presente afirmo y /o juro bajo Penalidades de perjurio que no he sido declarado culpable en ninguna forma de abuso de pacientes y /o residentes y que no he sido condenado por ningún delito o violación, que no sean infracciones de tránsito, excepto lo siguiente:

FECHA	CORTE	SECCIÓN DE LEY VIOLADA

Yo **(marque uno)** _____ no _____ me han emitido un Certificado de Alivio de Incapacidades y Pérdidas del Servicio Civil y /o Certificado de Buena Conducta en conjunto con los delitos anteriores. Se adjunta una copia de dicho certificado.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha



7A. Aviso de privacidad y Acuerdo de confidencialidad de VIH

He recibido la literatura en servicio y reconozco la comprensión de las siguientes políticas, ya que se deben practicar además de las políticas y procedimientos adicionales que se siguen:

Acuse de recibo del aviso de privacidad: He recibido el aviso de privacidad de Pleet Home Care y todas las preguntas relacionadas con este aviso han sido respondidas,

Declaración de confidencialidad / VIH del empleado: Yo, el abajo firmante, entiendo la importancia de observar estrictas políticas de confidencialidad. Por lo tanto, estoy de acuerdo en no discutir / divulgar cualquier información obtenida dentro de la agencia con respecto a cualquier consumidor de la Agencia Pleet Home Care, su historial médico o la condición de cualquier cliente con una persona que no esté directamente asociada con ese consumidor. También acepto que cualquier información que se divulgue sobre el registro del cliente solo se realizará con la autorización adecuada y / o de acuerdo con la política establecida de la agencia para la divulgación de la información.

En caso de que sepa que su paciente es VIH positivo, no puede revelar esta información a ninguna otra persona. La ley estatal le prohíbe realizar cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la ley. Cualquier divulgación adicional no autorizada es una violación de la ley estatal y puede resultar en una multa o una sentencia de cárcel o ambas. La autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es autorización suficiente para una divulgación adicional.

Mi firma en este documento indica que entiendo y acepto cumplir con las políticas, y que cualquier incumplimiento en las políticas resultará en el despido del empleo en Pleet Home Care CDPAP.

Nombre de impresión

Fecha

Firma (Esta solicitud no se procesará sin su firma)

8A. FORMULARIOS W-4:
¡Complete todos los
pasos y no se pierda la
firma!

EJEMPLO

Formulario **W-4(SP)**

Certificado de Retenciones del Empleado

OMB No. 1545-0074

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

2020

Paso 1: Anote su información personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)	
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)	
(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta (o Viudo que reúne los requisitos) <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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

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

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) o

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

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

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

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

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

Paso 5: Firma aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	▶ Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		Fecha
Para uso exclusivo del empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)

Certificado de Retenciones del Empleado

▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**

▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**

▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

2020

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Paso 1: Anote su información personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social ▶ ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta (o Viudo que reúne los requisitos) <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y pagó más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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

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

Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4) **o**

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

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

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

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

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

Paso 5: Firme aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
Para uso exclusivo del empleador	▶ Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		▶ Fecha
	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
	Pleet Home Care Agency 420 Niagara Street, Buffalo, NY 14201		

Instrucciones Generales

Acontecimientos Futuros

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

Propósito del Formulario

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

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2020 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2019 usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2020 usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2019 si (1) su impuesto total en la línea 16 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2019 es cero (o si la línea 16 es menor que la suma de las líneas 18a, 18b y 18c) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2020. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "Exempt" (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1a, 1b y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 16 de febrero de 2021.

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

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c). Si éste es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

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

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

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

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

Instrucciones Específicas

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

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

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

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



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

Paso 3. El Paso 3 del Formulario W-4(SP) provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad a partir del 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 972, *Child Tax Credit and Credit for Other Dependents* (Crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** en este paso, como los créditos tributarios por estudios y el crédito por impuestos extranjeros. Para hacerlo, sume un estimado de la cantidad para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

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

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2020 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

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

Paso 2(b) – Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos (Guardar en sus archivos)



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4(SP) (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4(SP). La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**.

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

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

Paso 4(b) – Hoja de Trabajo para Deducciones (Guardar en sus archivos)



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

}	• \$24,800 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos	}	2	\$	
	• \$18,650 si es cabeza de familia					
	• \$12,400 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado					
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote “-0-” 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes del Anexo 1 (Formulario 1040 o 1040-SR)). Vea la Publicación 505 para más información 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) 5 \$ _____

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

estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo. Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103. El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos. Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.



Notice and Acknowledgement of Pay Rate and Payday/Aviso y reconocimiento de la tarifa de pago y del día de pago Under Section 195.1 of the New York State Labor Law/En virtud del Artículo 195.1 de la Ley de Trabajo del estado de Nueva York Notice for Hourly Rate Employees/Aviso para los empleados con tarifas por hora

1. Employer Information/Información del empleador

Name/Nombre: **Pleet Home Care CDPAP**

Doing Business As (DBA) Name(s)/Nombre comercial: _____

FEIN (optional)/FEIN (opcional): _____

Physical Address/Dirección física: _____

Mailing Address/Dirección postal: _____

Phone/Teléfono: _____

3. Employee's rate of pay/Tarifa de pago del empleado:

\$ _____ per hour/por hora

4. Allowances taken/Asignaciones tomadas:

- None/Ninguna
- Tips/Propinas _____ per hour/por hora
- Meals/Comidas _____ per meal/por comida
- Lodging/Alojamiento _____
- Other/Otro _____

5. Regular payday/Día de pago regular: _____

6. Pay is/El pago es:

- Weekly/Semanal
- Bi-weekly/Bisemanal
- Other/Otro

7. Overtime Pay Rate/Tarifa de horas extras:

\$ _____ per hour/por hora (This must be at least 1 1/2 times the worker's regular rate with few exceptions.)/(esto debe ser por lo menos 1 1/2 veces la tarifa regular del trabajador, con algunas excepciones).

8. Employee Acknowledgement/Aceptación del empleado:

On this day I have been notified of my pay rate, overtime rate (if eligible), allowances, and designated pay day on the date given below. I told my employer what my primary language is./En este día, he sido notificado sobre mi tarifa de pago, la tarifa de horas extras (si soy elegible), las asignaciones y el día de pago designado en la fecha que se presenta a continuación. Le informé a mi empleador cuáles mi idioma principal.

Check one/Seleccione una opción:

- I have been given this pay notice in English because it is my primary language./Se me proporcionó este aviso de pago en inglés porque ese es mi idioma principal.
- My primary language is/Mi idioma principal es _____ I have been given this pay notice in English only, because the Department of Labor does not yet offer a pay notice form in my primary language./Se me proporcionó este aviso de pago en inglés únicamente porque el Departamento de Trabajo aún no ofrece el formulario de aviso de pago en mi idioma principal.

Print Employee Name/Nombre del empleado en letra de molde

Employee Signature/Firma del empleado

Date/Fecha

Preparer's Name and Title/Nombre y puesto del preparador

The employee must receive a signed copy of this form. The employer must keep the original for 6 years./El empleado debe recibir copia firmada de este formulario. El empleador debe conservar el original durante 6 años.

Please note: It is unlawful for an employee to be paid less than an employee of the opposite sex for equal work. Employers also may not prohibit employees from discussing wages with their co-workers./Tenga en cuenta lo siguiente: Es ilegal que a un empleado se le pague menos que a un empleado del sexo opuesto por el mismo trabajo. Los empleadores tampoco les pueden prohibir a los empleados que hablen de sus salarios con los compañeros de trabajo.

13A. Aviso y Reconocimiento de la Tarifa de Pago y Día del Pago(Pt. 2)

Employer

Nombre de Conocimiento: Pleet Home Care Agency

Dirección: 420 Niagara Street

Ciudad y Estado: Buffalo, NY

Código Postal: 14201

Empleado/a

Nombre: _____

Dirección (incluir apartamento): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ - _____

Su Tasa de Pago: \$_____ . _____ por hora

Tarifa de pago de horas extras: \$_____ . _____ por hora

* Tenga en cuenta que Pleet Home Care no ofrece horas extra

Fecha de pago designada: viernes, quincenal

Primera fecha de pago: _____

(Dado por la oficina después de revisar la solicitud completa)

Reconozco que me han notificado mi tarifa de pago, la tarifa de pago designada, la tarifa de pago de horas extras y la política de horas extras de Pleet Home Care; mi firma a continuación significa que estos elementos son ciertos.

Firma (Esta solicitud no se procesará sin su firma)

Fecha

Firma del Empleador

Fecha

14A. Solicitud de Depósito Directo

Si desea que su cheque de pago se deposite en su cuenta corriente, debe adjuntar un cheque en blanco anulado. Si desea que su cheque de pago sea depositado en una cuenta de ahorro, adjunte un comprobante de depósito en blanco. **Tenga en cuenta que antes de que el depósito directo esté activo, tendrá dos cheques de pago en vivo.**

Por favor marque una de las siguientes opciones:

- Nuevo depósito directo (opción para nuevos empleados)
- Cambiar a depósito directo existente
- Cancelar depósito directo

Información Personal:

Nombre: _____
 Dirección (incluir apartamento): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: () _____ - _____

Información bancaria:

Nombre y dirección de la institución financiera: _____

Número de Cuenta	#
Número de Ruta	#
Tipo de Cuenta	Cheques / Ahorros / Otros: _____

Artículos externos requeridos con este formulario:

- Cheque en blanco anulado (de la cuenta que desea usar)
 → Si no puede obtener un cheque en blanco anulado, también aceptaremos un Formulario de autorización de depósito directo de su banco. Este debe ser un documento escrito e impreso que puede solicitar en su banco con su número de contabilidad y ruta, su nombre y el nombre del banco.

Autorización: Yo (en adelante, el empleado) autorizo a Pleet Home Care a realizar depósitos desde el momento en la cuenta identificada en mi Institución Financiera de Depósito (en adelante, el Banco) y autorizo al Banco a aceptar estos depósitos. El ajuste de las entradas a los errores correctos también está autorizado. Se acuerda que estos depósitos y ajustes se realicen electrónicamente y bajo las reglas de la Asociación de la Cámara de Compensación Automatizada (ACHA). Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que Pleet Home Care reciba una notificación por escrito del despido del Empleado o al finalizar el empleo del Empleado en la Agencia Pleet Home Care. He retenido una copia completa de esta autorización para mi registro. Reconozco que el origen de las transacciones ACH en mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de la ley de los Estados Unidos.

Firma (Esta solicitud no se procesará sin su firma)

Fecha

15A. Artículos Médicos Necesarios

Adjunte todos los informes / resultados del médico que sean necesarios detrás de este documento. Se requiere que estos artículos a continuación cumplan con las regulaciones estatales y de Pleet Home Care.

Artículos externos requeridos con este formulario:

- ☐ **15AA. Físico** - durante el año pasado, eso demuestra que puedes trabajar
- ☐ **15AB. MMR** - Prueba de inmunidad en los últimos 10 años a través de informes / resultados de laboratorio, mecanografiada e impresa
- ☐ **15AC. PPD**: durante el año pasado a través de Lab Reports / Results,

Si necesita **un formulario físico**, puede usar el formulario físico de Pleet Home Care que se proporciona al final de esta solicitud. NO es necesario que nuestras empresas tengan el formulario exacto, sin embargo, toda la información que solicitamos sobre nuestro físico es necesaria para un físico completo en su solicitud.

¿Te falta alguno de estos artículos? ¿Necesitas hacer una cita?

MOBILE HEALTH

La agencia CDPAP de Pleet Home Care pagará para obtener un examen físico actualizado, PPD y /o MMR (títulos o vacunas) actualizados, si es necesario para comenzar. Notifique a su coordinador de admisión que desea concertar una cita en una de nuestras ubicaciones de Mobile Health.

Citas perdidas: Tenga en cuenta que si se pierde una cita programada y no avisa a Pleet Home Care más de 24 horas antes de cancelar su cita, de acuerdo con nuestra política, no haremos otra cita en el pago de la agencia.

15B. Declaración de no Habitación

Yo, **(Nombre en letra de imprenta)** _____, certifico que no estoy usando o habituado o adicto a los depresores, estimulantes, narcóticos, alcohol u otras drogas que pueden alterar el comportamiento y que soy plenamente capaz de realizar las tareas del cuidador solicitado por Pleet Home Atención de la Agencia CDPAP y las necesidades del Consumidor.

Firma (Esta solicitud no se procesará sin su firma)

Fecha

16A. Acuerdo de Mobile Health

Yo, **(Nombre en letra de imprenta)** _____, entiendo que cualquier resultado de Mobile Health es propiedad de Pleet Home Care. Debido al pago de la agencia, estos registros no se divulgarán. Pleet ofrece Mobile Health como una opción para que usted tenga el PPD / QuantiFERON físico necesario y cualquier título o inmunización para comenzar a trabajar a través de Pleet Home Care. Sin embargo, también tiene la opción de consultar a su propio médico para obtener los formularios necesarios para el empleo. Al firmar este formulario, declara que comprende su derecho a recibir estos formularios de su médico, a través de su seguro o pago privado. Además, su firma indica que si la Agencia Pleet Home Care paga su cita y / o prueba de Mobile Health, los resultados y / o registros entregados a Pleet Home Care son propiedad de Pleet Home Care y no serán divulgados. Por último, esta firma confirma su comprensión de que después de cualquier cita de salud móvil perdida, no se realizará una cita siguiente en el pago de la agencia.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

16B. Reconocimiento de Hospitalización

Pleet Home Care CDPAP es un programa administrado por Medicaid que requiere que se brinde atención al consumidor en el hogar. Al firmar esto, reconoce que comprende que cuando un consumidor de Pleet con el que está trabajando está hospitalizado, no puede trabajar con ellos y Pleet Home Care no le pagará. También entiendo que es mi responsabilidad informar a Pleet Home Care de los cambios en el hogar, tales como, entre otros, hospitalización y rehabilitación.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

16C. Acuerdo de Horas Extras

Yo, **(Nombre en letra de imprenta)** _____, entiendo que Pleet Home Care no aprueba las horas extra. Dependiendo de la autorización de los consumidores para los que trabajará, un empleado puede trabajar hasta 40 horas por semana. Como empleado, entiendo que si elijo trabajar más de 40 horas dentro de una semana, no me pagarán por ese tiempo.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

LAS TRES VACUNAS SIGUIENTES NO SON NECESARIAS PARA SER EMPLEADAS CON PLEET HOME CARE, SON OPCIONALES.

Tenga en cuenta que algunas vacunas son estacionales. Si decide aceptar una vacuna, haga un seguimiento con su coordinador de admisión para programar una cita con nuestro proveedor de servicios.

17A. Declaraciones de Vacunación: Acepte o Rechace Todas Las Vacunas.

Vacunación	Un círculo:	Notas / Comentarios, si los hay:
1. Vacunación Contra La Hepatitis B	Aceptar / Rechazar	
2. Vacunación Contra La Influenza	Aceptar / Rechazar	
3. Vacunación Contra La Neumonía Neumocócica	Aceptar / Rechazar	

Yo, **(Nombre en letra de imprenta)** _____, entiendo que debido a mi exposición laboral a la sangre o otros materiales potencialmente infecciosos, puedo estar en riesgo de contraer la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). Entiendo que al rechazar esta vacuna, sigo en riesgo de adquirir la vacuna contra la hepatitis B, se me ofrece la oportunidad de recibir esta vacuna sin costo para mí. Pleet Home Care Agency ofrece la vacuna contra la hepatitis B a todos los empleados, ya sea que estén o no en riesgo de exposición a la infección por el VHB.

Además, he leído y me han explicado información sobre la vacunación contra la influenza y la neumonía neumocócica y entiendo los beneficios y los riesgos de vacunarse contra esta enfermedad. Reconozco que se me ha ofrecido la oportunidad de vacunarme contra el virus de la hepatitis B, la influenza y la neumonía neumocócica. Mi firma abajo firmante significa mi reconocimiento de todos los artículos escritos y mi declaración de aceptación o denegación de los disparos marcados con un círculo (o escritos) arriba.

Firma *(Esta solicitud no se procesará sin su firma)*

Fecha

EJEMPLO

Por favor no complete este formulario. Este es solo un ejemplo. Complete la siguiente página.



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

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

► **EMPIECE AQUÍ:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración (Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)

Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado ▼
Código Postal		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE.UU	Dirección de correo electrónico del empleado	
Número de Teléfono del Empleado						

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos	
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)	
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____	
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (Vea las instrucciones) Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ ○ 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ ○ 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____ ▼	Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
 (Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado ▼
		Código Postal	



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

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expire 31/08/2019

► **EMPIECE AQUI:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración (Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)

Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado ▼
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE.UU	Dirección de correo electrónico del empleado		Número de Teléfono del Empleado	

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (Vea las instrucciones) Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____ ▼
Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

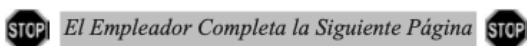
Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
 (Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado ▼
			Código Postal



PRE-EMPLOYMENT PHYSICAL ASSESSMENT - ANNUAL - RETURN TO WORK/ LOA – OTHER:

****LABORATORY TEST RESULTS MUST BE ACCOMPANIED BY LAB RESULTS/REPORTS****

Name: _____ Title: _____ Sex: _____
Address: _____
SS#: _____ Date of Birth: _____
Comments: _____

Head/ ENT:					
Eyes					
Neck					
Breasts					
Lungs					
Cardiovascular					
Musculoskeletal					
Abdomen					
Genitourinary					
Central Nervous System					
HT:	WT:	B/P:	PLUSE:	RESP:	TEMP:

TEST	DATE PERFORMED		RESULTS PROVIDE LAB VALUES AND INTERPRETATIONS (mmxmm)
PPD/QUANTIFERON (ANNUALLY)	Implanted:	Read:	
CHEST X-RAY (+ PPD)	Implanted:	Read:	

Immunizations	Date (Dose One)	Date (Dose Two)	Date and/or Results
Rubeola/ Measles			Non-Immune/ Immune Lab Value:
Rubella			Non-Immune/ Immune Lab Value:

Please Check One:

- This individual is free from any health impairment that is potential risk to the patient or to other employee or which may interfere with the performance of his/her duties including the habituation or addiction to drugs or alcohol.
- This individual is able to work with the following limitations:

- This individual is not physically/mentally able to work. (Specify Reason):

Physician Signature: _____	LIC# _____	Date: _____
-----------------------------------	-------------------	--------------------

Caregiver: _____

Consumer: _____

Página / Sección	Documento	¿Completar?	Notas Artículos fuera de la aplicación necesarios
1A	Información personal		
2A	Experiencia e historia laboral		
2B	Recibo del manual		
3A	Disponibilidad		
3B	Reconocimiento HIPPA		
4A	Acuerdo de conflicto		
4B	Contrato de arbitraje		
4C	Identificación		Licencia y Tarjeta SS
5A	Divulgación y Autorización		
6A	Búsqueda e intercambio de información		
6B	Divulgación de hallazgos		
7A	Acuerdo de privacidad / confidencialidad del VIH		
8A – 11A	Formularios W-4		
12A	Aviso y reconocimiento de la tasa de pago y la fecha de pago (Pt. 1)		
13A	Aviso y reconocimiento de la tasa de pago y la fecha de pago (Pt. 2)		
14A	Solicitud de depósito directo		Cheque en Blanco Anulado
15A	Artículos médicos		
15AA	Físico/a		Físico completo del Doctor
15AB	Paperas, Sarampión, Rubéola (MMR)		Resultados completos de laboratorio MMR del Doctor
15AC	Prueba de Tuberculosis (PPD)		Resultados completos de laboratorio PPD de Doctor
15B	Declaración de no Habitación		
16A	Acuerdo de Mobile Health		
16B	Reconocimiento de Hospitalización		
16C	Acuerdo de horas extras		
17A	Declaraciones de vacunación		
18A- 19A	Formulario I-9 (Ejemplo y pág.1)		

Intake Coordinator: _____

Notes: _____
