

“Simplificando su nómina, beneficios y recursos humanos”

BUSINESS



SOLUTIONS

UNA ORGANIZACIÓN PROFESIONAL DE EMPLEADOR

Nombre del cliente:

## Paquete de información para nuevos empleados contratados

Apellido*	Primero*	Medio
Seguro Social #*	Fecha de nacimiento*	
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	ZIP*
Inicio #*	Célula #	
Teléfono del trabajo #	Correo electrónico*	
Contacto de emergencia*	Relación*	
Contacto #*	Correo electrónico*	

### 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS LLC RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

**1 Source Business Solutions, LLC ("1 Fuente") es una Organización Profesional de Empleadores bajo la ley aplicable de Utah, UCA §31A-40-101 et seq., Que proporciona ciertos servicios a su empleador o Empresa Cliente, como administración de nóminas y patrocinio de beneficios y administración. 1 La fuente y la empresa cliente tienen una relación de empleo compartido de conformidad con el acuerdo entre ellos y el estatuto de Utah mencionado anteriormente.**

**Usted es un empleado "a voluntad", lo que significa que puede dejar el empleo en cualquier momento con o sin previo aviso o el empleador puede rescindir su empleo con o sin aviso o causar en cualquier momento la única excepción a esta disposición es si se rige por un contrato de trabajo escrito (firmado por un funcionario autorizado de la Compañía del Cliente) o un acuerdo de negociación colectiva cuyos términos rigen la relación laboral.**

**1) Deberes: Deberá realizar tareas y requisitos de trabajo según lo dispuesto y dirigido por la Compañía del Cliente a través de su Supervisor de sitio de trabajo designado. Cumplirá con las políticas y procedimientos de su empleador en el lugar de trabajo (Empresa cliente).**

**2) Compensación: El empleado mantendrá toda la información de compensación confidencial. El empleado no divulgará ni divulgará información directa o indirecta sobre los beneficios a sus compañeros de trabajo.**

Firma del empleado\*

Fecha\*

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE: (A completar por el cliente)**

**Supervisor:**

Fecha de contratación del cliente*	Tipo de empleo (completo / parcial / temporal)*	
Título del trabajo*	Código de compensación de trabajo*	
Tipo de pago (salario / hora / comunicación)*	Tarifa de pago: \$*	Período de pago*



Client Name:

**NEW EMPLOYEE INFORMATION SHEET -Page 2**

1 Source Business Solutions is an equal opportunity employer and does not discriminate based on race, religion, national origin, gender, veteran status or disability status in which the person is able to perform the essential function of the position. The following information is for EEOC tracking purposes only and is voluntary.

CHECK THE BOX(ES) THAT ARE APPLICABLE	
White <input type="checkbox"/>	Hispanic/Latino <input type="checkbox"/>
Black/African American <input type="checkbox"/>	Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/>
Asian <input type="checkbox"/>	American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/>
Two or More Races <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>
Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>

“Simplificando su nómina, beneficios y recursos humanos”

BUSINESS



SOLUTIONS

UNA ORGANIZACIÓN PROFESIONAL DE EMPLEADOR

Nombre del cliente:

## CONSENTIMIENTO DE EMPLEADO / SOLICITUD PARA PRUEBA

### CONSENTIMIENTO DE EMPLEADO / SOLICITUD PARA PRUEBA DE SUSTANCIAS CONTROLADAS (DROGAS)

Nombre del empleado / solicitante (en letra de molde)

Número de Seguro Social

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que los médicos designados por 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS y / u otro personal médico apropiado contratado para realizar este servicio realicen una prueba de drogas / alcohol. Entiendo que esta prueba se debe realizar solo bajo las circunstancias enumeradas en la 1 POLÍTICA DE SOLUCIONES EMPRESARIALES DE FUENTE que he leído. Doy mi consentimiento voluntario específicamente para la toma de muestras de mi sangre, orina, aliento y otras muestras para determinar la presencia de drogas, y / o alcohol en mi sistema. Autorizo voluntariamente la divulgación de información médica sobre los resultados de mis pruebas de drogas / alcohol a representantes de 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS que la usarán para determinar si cumplo con las reglas y políticas de trabajo de 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS sobre drogas y / o alcohol. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización. También entiendo que el rechazo por mi parte de firmar este consentimiento puede verse como renuncia voluntaria o inelegibilidad para el empleo. Esta autorización seguirá siendo válida en todo momento durante el curso del empleo o hasta que yo la revoque específicamente por escrito.

Firma del empleado / solicitante

Fecha

1 Firma del testigo de Business Solutions de origen

Fecha

### RECHAZO DE EMPLEADO / SOLICITANTE A CONSENTIMIENTO PARA ENSAYAR SUSTANCIAS CONTROLADAS (DROGAS) Y / O ALCOHOL

Me niego a autorizar a 1 Source Business Solutions a realizar una prueba de detección de drogas / alcohol en mí o a divulgar los resultados de dicha prueba a los representantes de 1 Source Business Solutions. Entiendo que tengo derecho a una copia de este rechazo. También entiendo que el rechazo por mi parte de firmar un consentimiento puede ser visto como renuncia voluntaria o inelegibilidad para el empleo por parte de 1 Source Business Solutions.

Firma del empleado / solicitante

Fecha

1 Firma del testigo de Business Solutions de origen

Fecha

“Simplificando su nómina, beneficios y recursos humanos”

BUSINESS



SOLUTIONS

UNA ORGANIZACIÓN PROFESIONAL DE EMPLEADOR

Nombre del cliente:

## ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA PAGOS PREAUTORIZADOS

Autorizo a 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS a retener los montos indicados, si están disponibles, de mi pago y depositarlos directamente en las cuentas que se muestran a continuación. Los depósitos directos se realizarán cada día de pago, a menos que notifique por escrito a 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS mi intención de cancelar. Una vez que 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS reciba una solicitud de cancelación de una autorización de depósito directo, entrará en vigencia después de una oportunidad razonable de actuar sobre ella.

En caso de que los fondos se depositen erróneamente en mi cuenta, autorizo a 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS a debitar mi (s) cuenta (s) para que no exceda el monto original del crédito.

Entiendo que 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de depósito directo. También entiendo que todos los depósitos directos se realizan a través de la cámara de compensación automatizada (ACH), y la disponibilidad de fondos está sujeta a los términos y limitaciones de la ACH y de mi institución financiera.

Nombre del cliente\*

Nombre del empleado (letra de imprenta)\*

Seguro Social #\*

Dirección actual\*

Ciudad\*

Estado\*

Zip\*

Firma autorizada\*

Fecha\*

Nombre del banco\*

Número de ruta\*

Número de cuenta\*

**" DEBE adjuntar un CHEQUE ANULADO o una AUTORIZACIÓN BANCARIA a este formulario"**

Adjunte cheque anulado o autorización bancaria aquí.

### Verificar tarjeta de pago

Autorizo a 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS a asignar una PayCard e iniciar entradas de crédito y cualquier entrada de corrección a mi cuenta PayCard asignada. Los depósitos directos se realizarán cada día de pago a menos que yo notifique por escrito a 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS de mi intención de cancelar. Una vez que 1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS reciba una solicitud para cancelar una autorización de depósito directo, entrará en vigencia después de una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

## 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.**

<b>Paso 1:</b> <b>Anote su información personal</b>	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		▶ ¿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 <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	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 paga 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 [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) 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](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y los Pasos 3 a 4); o

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

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

**CONSEJO:** Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2021 en todos los otros empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen ingresos del 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).

<b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de dependientes</b>	Si su ingreso total 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 . . . . . ▶ \$ _____ Sumo las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo).</b> Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> 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 . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

**Paso 5:** Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

**Firme aquí** ▶ \_\_\_\_\_ ▶ **Fecha**

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).

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

## Instrucciones Generales

### Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados al Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

### Propósito del Formulario

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

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2021 si ambas situaciones a continuación le corresponden: para 2020 usted no tenía obligación tributaria federal y para 2021 usted espera no tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2020 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2020 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 28, 29 y 30) 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 2021. 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 1(a), 1(b) 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 15 de febrero de 2022.

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

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

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

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

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

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

## Instrucciones Específicas

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

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

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

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



**Múltiples empleos.** Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un 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.** Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 972(SP), Crédito Tributario por Hijos y Crédito por Otros Dependientes. 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 2021 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos IRA.

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

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



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

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

- 1 **Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual **MÁS ALTO**" y la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual **MÁS BAJO**", encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 1. Luego, **pase a la línea 3** . . . . . 1 \$ \_\_\_\_\_
- 2 **Tres empleos.** Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, **pase a la línea 3**.
  - a Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual **MÁS ALTO**" y los salarios anuales para el siguiente trabajo que le paga mejor en la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual **MÁS BAJO**". Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote el resultado en la línea 2a . . . . . 2a \$ \_\_\_\_\_
  - b Sume los salarios anuales de la línea 2a de los dos empleos mejor pagados y utilice ese total como los salarios en la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual **MÁS ALTO**" y utilice los salarios anuales para su tercer trabajo en la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual **MÁS BAJO**" para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 y anote el resultado en la línea 2b . . . . . 2b \$ \_\_\_\_\_
  - c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c . . . . . 2c \$ \_\_\_\_\_
- 3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etcétera . . . . . 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 un estimado de sus deducciones detalladas de 2021 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos . . . . . 1 \$ \_\_\_\_\_
- 2 Anote:
 

}	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$25,100 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos</li> <li>• \$18,800 si es cabeza de familia</li> <li>• \$12,550 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado</li> </ul>	. . . . . 2 \$ _____
---	--	----------------------
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote "-0-" . . . . . 3 \$ \_\_\_\_\_
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040(SP))). 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.

**Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos**

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$190	\$850	\$890	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,100	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	190	1,190	1,890	2,090	2,220	2,220	2,220	2,220	2,300	3,300	4,070	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,890	2,750	2,950	3,080	3,080	3,080	3,160	4,160	5,160	5,930	5,930
\$30,000 - 39,999	890	2,090	2,950	3,150	3,280	3,280	3,360	4,360	5,360	6,360	7,130	7,130
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,410	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,260	8,260
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,260	9,260
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,080	3,360	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,260	10,260
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,360	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,490	11,260	11,260
\$80,000 - 99,999	1,020	3,150	5,010	6,210	7,340	8,340	9,340	10,340	11,340	12,340	13,260	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	5,930	7,130	8,260	9,320	10,520	11,720	12,920	14,120	15,090	15,290
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,230	16,190	16,400
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,270	17,040	18,040
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,870	14,870	16,870	18,640	19,640
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,470	12,470	14,470	16,470	18,470	20,240	21,240
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,500	7,940	10,070	12,070	14,070	16,070	18,070	20,070	21,840	22,840
\$320,000 - 364,999	2,720	5,920	8,780	10,980	13,110	15,110	17,110	19,110	21,190	23,490	25,560	26,860
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,630	12,130	14,560	16,860	19,160	21,460	23,760	26,060	28,130	29,430
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,200	12,900	15,530	18,030	20,530	23,030	25,530	28,030	30,300	31,800

**Soltero o Casado que presenta una declaración por separado**

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$440	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,410	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,030	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	940	1,540	1,620	2,020	3,020	3,470	3,470	3,470	3,640	3,840	3,840	3,840
\$20,000 - 29,999	1,020	1,620	2,100	3,100	4,100	4,550	4,550	4,720	4,920	5,120	5,120	5,120
\$30,000 - 39,999	1,020	2,020	3,100	4,100	5,100	5,550	5,720	5,920	6,120	6,320	6,320	6,320
\$40,000 - 59,999	1,870	3,470	4,550	5,550	6,690	7,340	7,540	7,740	7,940	8,140	8,150	8,150
\$60,000 - 79,999	1,870	3,470	4,690	5,890	7,090	7,740	7,940	8,140	8,340	8,540	9,190	9,990
\$80,000 - 99,999	2,000	3,810	5,090	6,290	7,490	8,140	8,340	8,540	9,390	10,390	11,190	11,990
\$100,000 - 124,999	2,040	3,840	5,120	6,320	7,520	8,360	9,360	10,360	11,360	12,360	13,410	14,510
\$125,000 - 149,999	2,040	3,840	5,120	6,910	8,910	10,360	11,360	12,450	13,750	15,050	16,160	17,260
\$150,000 - 174,999	2,220	4,830	6,910	8,910	10,910	12,600	13,900	15,200	16,500	17,800	18,910	20,010
\$175,000 - 199,999	2,720	5,320	7,490	9,790	12,090	13,850	15,150	16,450	17,750	19,050	20,150	21,250
\$200,000 - 249,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$250,000 - 399,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$400,000 - 449,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,910	21,220	22,520
\$450,000 y más	3,140	6,250	8,830	11,330	13,830	15,790	17,290	18,790	20,290	21,790	23,100	24,400

**Cabeza de familia**

Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO	Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$820	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,420	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	820	1,900	2,130	2,220	2,220	2,620	3,620	4,070	4,110	4,310	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	930	2,130	2,360	2,450	2,850	3,850	4,850	5,340	5,540	5,740	5,870	5,870
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,450	2,940	3,940	4,940	5,980	6,630	6,830	7,030	7,160	7,160
\$40,000 - 59,999	1,020	2,470	3,700	4,790	5,800	7,000	8,200	8,850	9,050	9,250	9,380	9,380
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,310	6,600	7,800	9,000	10,200	10,850	11,050	11,250	11,520	12,320
\$80,000 - 99,999	1,880	4,280	5,710	7,000	8,200	9,400	10,600	11,250	11,590	12,590	13,520	14,320
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,870	7,160	8,360	9,560	11,240	12,690	13,690	14,690	15,670	16,770
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,870	7,240	9,240	11,240	13,240	14,690	15,890	17,190	18,420	19,520
\$150,000 - 174,999	2,040	4,920	7,150	9,240	11,240	13,290	15,590	17,340	18,640	19,940	21,170	22,270
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,150	10,440	12,740	15,040	17,340	19,090	20,390	21,690	22,920	24,020
\$200,000 - 249,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$250,000 - 349,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$350,000 - 449,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,900	25,200
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,570	12,160	14,660	17,160	19,660	21,610	23,110	24,610	26,050	27,350





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

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

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

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

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident    (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work    until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9:          An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____  <b>OR</b>          2. Form I-94 Admission Number: _____  <b>OR</b>          3. Foreign Passport Number: _____          Country of Issuance: _____</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           QR Code - Section 1            Do Not Write In This Space         </div>	

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

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

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

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





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

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

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

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

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

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)
Document Title		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Additional Information</div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           QR Code - Sections 2 &amp; 3            Do Not Write In This Space         </div>
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				

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

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

<b>Signature of Employer or Authorized Representative</b>	<b>Today's Date (mm/dd/yyyy)</b>	<b>Title of Employer or Authorized Representative</b>		
<b>Last Name of Employer or Authorized Representative</b>	<b>First Name of Employer or Authorized Representative</b>	<b>Employer's Business or Organization Name</b>		
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	ZIP Code

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

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

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

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

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

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

## LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

### All documents must be UNEXPIRED

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

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

**Examples of many of these documents appear in Part 13 of the Handbook for Employers (M-274).**

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

# VERSION EN ESPAÑOL

## Para Poner en Pizarrón o Área Accesible y Visible Para Todos

(**IMPORTANTE:** Para Uso Oficial Solamente Se Puede Usar la Versión en Inglés de "IRS Form 8850")

Form **8850**  
(Rev. January 2013)  
Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

### Pre-Screening Notice and Certification Request for the Consolidated Work Opportunity Tax Credit

OMB No. 1205-0371

►Vea Instrucciones en Ingles

**Solicitante de Trabajo: Llene los siguientes blancos y marque con una (X) los encasillados que apliquen. Llene sólo esta página.**

Su Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social ► \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle Donde Usted Vive \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad y Código Postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Número de su Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Si usted es menor de 40 años escriba su fecha de nacimiento aquí (mes, día, año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- 1  Marque aquí con una X si Usted recibió una Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local como elegible para participar en el Programa WOTC.
- 2  Marque aquí con una X si una de las siguientes situaciones le aplican a Usted.
- Soy miembro de una familia que ha recibido "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) o beneficios de un programa sucesor durante cualquier periodo de 9 meses en los últimos 18 meses.
  - Soy veterano y miembro de una familia que recibió beneficios del Programa Suplementario de Alimentación Nutricional (SNAP) (Cupones de Alimentos o Programa de "Pan y Trabajo" en Puerto Rico) por lo menos durante un periodo de 3-meses dentro de los últimos 15 meses.
  - Fui referido aquí por una Agencia de Rehabilitación Vocacional, la Administración de Asuntos de Veteranos o por una agencia conocida como "Employment Network" del programa Ticket to Work.
  - Tengo por lo menos 18 años pero soy menor de 40 años y soy miembro de una familia que:
    - a. Recibí beneficios del Programa SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) durante los últimos 6 meses, o
    - b. Recibí beneficios de SNAP conocido como (Cupones de Alimentos) por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, **PERO** ya mi familia **NO** es elegible para recibir estos beneficios.
  - Durante el año pasado, fui convicto por cometer una felonía/delito o salí libre de la cárcel.
  - Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplementario" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.
  - Soy veterano y estuve desempleado por un periodo de por lo menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el año pasado.
- 3  Marque aquí con una X si Usted es un veterano y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.
- 4  Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y fue dado de baja del Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA en el pasado año
- 5  Marque aquí con una X si Usted es un veterano con derechos a recibir compensación por Incapacidad Física como resultado de su Servicio Activo Militar en las Fuerzas Armadas de los EUA, y estuvo desempleado por un periodo o periodos de 6 meses durante el pasado año.
- 5  Marque aquí con una X si Usted es un miembro de una familia que:
- Recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) por los menos durante los últimos 18 meses consecutivos, o
  - Recibió beneficios de TANF durante cualquier periodo de 18 meses comenzando después del 5 de agosto de 1997, y el periodo mas reciente de 18 meses de beneficios recibidos después del 5 de agosto del 1997 termino en los últimos 2 años; o
  - Dejó de ser elegible para recibir beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) en los últimos 2 años porque una ley Federal o estatal redujo el periodo máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

### Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar

Bajo penalidad de perjurio, declaro que ofrecí esta información al patrono en o antes del día en que se me ofreció empleo, y es verdadera, correcta y completa.

Firma del Solicitante ► \_\_\_\_\_

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

**Para Uso del Patrono Solamente**

Nombre del Patrono \_\_\_\_\_ No. de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ EIN \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Si Distinto al del Patrono \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Si de acuerdo a la edad y dirección del individuo, Ud. cree que este individuo es miembro del grupo 4 o 6 (según se describe en la sección de definiciones bajo **"Members of Targeted Groups"** (Miembros de los Grupos) en las instrucciones en Inglés para llenar esta forma) llene el siguiente blanco con el número (4 o 6) de acuerdo con el grupo a que pertenezca este individuo..... ▶ \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL SOLICITANTE:

Fue Entrevistado: \_\_\_\_\_ Se le Ofreció Trabajo: \_\_\_\_\_ Fue Contratado \_\_\_\_\_ Comenzó a Trabajar \_\_\_\_\_

Bajo penalidad de perjurio, declaro que llené esta forma en o antes del día en que le ofrecí empleo a este individuo y que la información aquí suministrada es verdadera, correcta, y completa. De acuerdo con la información suministrada por el individuo, creo que el/ella es miembro(a) de uno de los grupos bajo el programa WOTC.

Firma del Patrono ▶ \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

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



**Nota:** Para información sobre **"Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice"** e instrucciones en Inglés sobre como llenar esta forma, lea: *"Instructions for IRS Form 8850, (Rev. January 2013)"* y la información en la página 2 de la versión en Inglés de esta forma.

Please fill in these forms slowly and legibly.  
(no script) Rev. 2/25/16

Company Name: 1Source Business Solutions, LLC  
Company Code for Online Users: \_\_\_\_\_

Have you worked for <b>this</b> Employer before? Are you a Re-hire?		Yes _____ No _____
If Yes, enter last day of employment: _____		
Are you under age 40?		Yes _____ No _____
Have you been <b>unemployed for at least 27 weeks</b> , and collected Unemployment Insurance?		Yes _____ No _____
Are you a <b>Veteran of the US Armed Forces</b> ?		Yes _____ No _____
If yes:		
Are you a member of a family that received SNAP (Food Stamps Benefits)?	Yes _____ No _____	
Are you entitled to compensation for a service-connected disability?	Yes _____ No _____	
Were you discharged from active duty within the last year?	Yes _____ No _____	
Were you unemployed for a combined total of 6 months before you were hired?	Yes _____ No _____	
Have you, or your family, received <b>SNAP benefits (Food Stamps)</b> in the <b>6 months</b> before you were hired?		Yes _____ No _____
Or received <b>SNAP Benefits</b> for at least a <b>3 month period</b> , but you are no longer receiving it?		Yes _____ No _____
If yes to either question, enter Name of Primary Recipient: _____		
And City, State where benefits were received _____		
Are you a member of a family that received <b>TANF</b> assistance for at least 18 months before you were hired?		Yes _____ No _____
Or, did your family stop being eligible for <b>TANF</b> assistance within 2 years before being hired, because you reached the maximum time those benefits can be received?		Yes _____ No _____
If yes to either question, enter Name of Primary Recipient: _____		
And City, State where benefits were received _____		
Did you receive Supplemental Security Income ( <b>SSI Benefits</b> ) for any month, ending within the 60 days, before you were hired?		Yes _____ No _____
Were you convicted of a <b>Felony</b> during the year before you were hired?		Yes _____ No _____
Were you referred to an employer by:		
• A Vocational Rehab Agency approved by the state?	Yes _____ No _____	
• An Employment Network under the Ticket to Work Program?	Yes _____ No _____	
• The Dept. of Veteran Affairs?	Yes _____ No _____	
Print Name: _____	Social Security #: _____	Date of Birth: _____

This company participates in various federal and state tax credit programs. This information in no way will negatively impact any hiring, retention decision. Your responses to the questions will only be shared with your employer's management and federal, state, or local governmental agencies as needed in administration of these programs. By completing this form, you knowingly and voluntarily waive any objection to providing your social security number. Any information provided will be used in a manner consistent with the American Disability Act. Under penalty of perjury, I certify that this information is true and correct to the best of my knowledge. I hereby authorize this company's management, and federal, state, and local government agencies to provide information to TC Services USA, Inc., and/or SWA, to determine eligibility. I understand that the information above may be subject to verification.

Employment Start Date \_\_\_\_\_ Starting Wage \_\_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_



1. Control No. (For Agency use only)		<b>APPLICANT INFORMATION</b> (See instructions on reverse)		2. Date Received (For Agency Use only)	
<b>EMPLOYER INFORMATION</b>					
3. Employer Name		4. Employer Address and Telephone		5. Employer Federal ID Number (EIN)	
1 SOURCE BUSINESS SOLUTIONS, LLC		6696 COMMERCE PARK DRIVE MIDVALE, UT 84047 801.352.2333		27-3793520	
<b>APPLICANT INFORMATION</b>					
6. Applicant Name (Last, First, MI)		7. Social Security Number		8. Have you worked for this employer before? Yes ___ No ___  If YES, enter last date of employment: _____	
<b>APPLICANT CHARACTERISTICS FOR WOTC TARGET GROUP CERTIFICATION</b>					
9. Employment Start Date		10. Starting Wage		11. Position	
12. Are you at least age 16, but under age 40? If YES, enter your <i>date of birth</i> _____				Yes ___ No ___	
13. Are you a Veteran of the U.S. Armed Forces? If NO, go to Box 14. If YES, are you a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (Food Stamps) for at least 3 months during the 15 months before you were hired? If YES, enter name of <i>primary recipient</i> _____ and <i>city and state</i> where benefits were received _____. OR, are you a veteran entitled to compensation for a service-connected disability? If YES, were you discharged or released from active duty within a year before you were hired? Yes ___ No ___ OR, were you unemployed for a combined period of at least 6 months (whether or not consecutive) during the year before you were hired?				Yes ___ No ___  Yes ___ No ___  Yes ___ No ___	
14. Are you a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (formerly Food Stamps) benefits for the <b>6 months before you were hired</b> ? OR, received SNAP benefits for at least a 3-month period within the last 5 months But you are no longer receiving them? If YES to either question, enter name of <i>primary recipient</i> _____ and city And <i>state</i> where benefits were received _____.				Yes ___ No ___  Yes ___ No ___	
15. Were you referred to an employer by a Vocational Rehabilitation Agency approved by a State? OR, by an Employment Network under the Ticket to Work Program? OR, by the Department of Veterans Affairs?				Yes ___ No ___ Yes ___ No ___ Yes ___ No ___	
16. Are you a member of a family that received TANF assistance for at least the last 18 months					

before you were hired?	Yes ___ No ___
<b>OR</b> , are you a member of a family that received TANF benefits for <b>any 18 months</b> beginning after August 5, 1997 and the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended <b>within 2 years before you were hired?</b>	Yes ___ No ___
<b>OR</b> , did your family stop being eligible for TANF assistance <b>within 2 years before you were hired</b> because a Federal or state law limited the maximum time those payments could be made?	Yes ___ No ___
<b>If NO</b> , are you a member of a family that received TANF assistance for <b>any 9 months during the 18-month period before you were hired?</b>	Yes ___ No ___
<b>If YES, to any question</b> , enter name of <i>primary recipient</i> _____ and the <i>city and state</i> where benefits were received _____.	
17. Were you convicted of a felony or released from prison after a felony conviction during the year before you were hired? <b>If YES</b> , enter <i>date of conviction</i> _____ and <i>date of release</i> _____. <b>Was this a Federal</b> _____ <b>or a State conviction</b> _____ ? (Check one)	Yes ___ No ___
18. Do you live in an Empowerment Zone or Rural Renewal County (RRC)?	Yes ___ No ___
19. Do you live in an Empowerment Zone and are at least age 16, but not yet 18, on your hiring date?	Yes ___ No ___
20. Did you receive Supplemental Security Income (SSI) benefits for any month ending within 60 days before you were hired?	Yes ___ No ___
21. Are you a veteran unemployed for a combined period of at least 6 months (whether or not consecutive) during the year before you were hired?	Yes ___ No ___
22. Are you a veteran unemployed for a combined period of at least 4 weeks but less than 6 months (whether or not consecutive) during the year before you were hired?	Yes ___ No ___
23. Are you an individual who is or was in a period of unemployment that is at least <b>27 consecutive weeks</b> and for all or of that period you received unemployment compensation? <b>If YES</b> , what state did you receive unemployment compensation in? _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Enter state where UI compensation was received)</div>	Yes ___ No ___
24. <b>Sources used to document eligibility:</b> (Employers/Consultants: List all documentation provided or forthcoming. For SWA Staff: List all documentation used in determining target group eligibility and enter your initials and date when the determination was made.)  FORM 8850 REQUESTED DOCUMENTATION	
<b>I certify that this information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information above may be subject to verification.</b>	
25(a). Signature: (See instructions in Box 25.(b) for who signs this signature block)	25.(b) Indicate with a ✓ mark who signed this form: <input type="checkbox"/> Employer, <input type="checkbox"/> Consultant, <input type="checkbox"/> SWA, <input type="checkbox"/> Participating Agency, <input type="checkbox"/> Applicant, or <input type="checkbox"/> Parent/Guardian (if applicant is a minor)
26. Date:	