

Empleador del Lugar de Trabajo (client): _____ Cliente #: _____

Ubicación de Trabajo: _____ Estado de Trabajo: _____

*Nota: ***Se requiere un aviso de 45 días para una nueva ubicación/estado****

Complete este paquete solo DESPUÉS de haber aceptado una oferta de empleo con su empleador en el lugar de trabajo. ¡Bienvenido a Recursos Humanos Clave! Su empleador en el lugar de trabajo ha entablado una relación con Key HR para proporcionar ciertos servicios administrativos que generalmente incluyen: preparación de su cheque de pago, administración de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo a través de nuestro programa de compensación para trabajadores, servicios de apoyo de recursos humanos y ciertos beneficios opcionales. Su empleador en el lugar de trabajo seguirá teniendo la dirección y el control diarios de su empleo, incluidos, entre otros, las políticas, los procedimientos, la tasa de pago y las horas de trabajo. Instrucciones para el empleado: complete todas las secciones marcadas, firme y devuélvalas de inmediato a su supervisor del lugar de trabajo.

Instrucciones para el empleador del lugar de trabajo:

1. Complete todas las secciones marcadas en ROJO: Página 1(a) y Página 4(b) – Sección 2 “Revisión y verificación por parte del empleador o representante autorizado”;
2. Verificar que el empleado haya completado el paquete, incluidas las firmas en todos los formularios y reconocimientos;
3. Envíe por correo electrónico las páginas 1(a) a la 6 a su Key HR
4. Conserve el Paquete de nuevo empleado original para sus archivos. Nota: Las páginas 3(a), 3(b), 5 y 6 deben mantenerse separadas del archivo de personal

Nombre (Escriba el nombre como se muestra en su Tarjeta de Seguro Social): _____

Estado Civil (marque uno):

Apellido: _____ Primero: _____ MI: _____ Soltero Casado Divorciado
 Apartado Viudo

¿Es este su nombre legal? Sí No Si no, ¿cuál es su nombre legal? (Nombre anterior): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F Seguridad Social #: _____ Teléfono #: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente local (que no vive en la misma dirección): _____

Relación con el Paciente: _____ Teléfono de Casa #: _____ Teléfono del trabajo #: _____

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR DEL OBRA (CLIENTE)

FRONTLINE HRO Fecha de Inicio: _____ Fecha de Contratación del Cliente: _____

Tipo de empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Temporada Temporal

Método de Pago: Cada Hora Asalariado Comisión Con Propina Tarifa Primaria de Pago: _____

Horas Estándar/Semana: _____ Clasificación de Trabajo de EEO: _____
(marque la clasificación que mejor describa el puesto)

- 1.1 Funcionarios y gerentes de nivel ejecutivo/superior
- 1.2 Funcionarios y gerentes de primer/medio nivel
- 2 Profesionales
- 3 Técnicos
- 4 Ventas
- 5 Oficinistas y oficinistas
- 6 Artesanos (cualificados)
- 7 Operarios (semicalificados)
- 8 Obreros (no calificados)
- 9 Trabajadores de servicios

Título del Trabajo: _____ Código W/C: _____ Código de Ubicación: _____

Código de Departamento: _____ División: _____ Proyecto/Centro de Costos: _____

Firma Autorizada: _____ Título: _____ Fecha: _____

Empleo: entiendo que mi Empleador del lugar de trabajo ha celebrado un Acuerdo con FRONTLINE HRO o una empresa afiliada ("FRONTLINE") mediante el cual FRONTLINE ha acordado proporcionar ciertos servicios relacionados con el empleo específicamente identificados para mí y mi Empleador del lugar de trabajo. Entiendo que mi empleador en el lugar de trabajo seguirá administrando, dirigiendo y controlando las actividades diarias, y que sigo siendo un empleado arrendado a voluntad. El empleo es a prueba durante los primeros noventa (90) días después de la contratación.

Reconocimiento/descargo de responsabilidad del estado de empleo: entiendo que NO será considerado un empleado de FRONTLINE para ningún propósito hasta que FRONTLINE COMPLETE y RECIBE completamente un Paquete de nuevo empleado y la documentación requerida.

Salarios: reconozco que mi empleador en el lugar de trabajo es responsable de pagar mis salarios. En caso de que mi Empleador del lugar de trabajo no pague a FRONTLINE por los servicios que le presté a mi Empleador del lugar de trabajo durante un período de pago en particular, FRONTLINE puede rescindir el Acuerdo con el Empleador del lugar de trabajo, sin más obligaciones para mí o para mi Empleador del lugar de trabajo. Si el Acuerdo con mi Empleador del lugar de trabajo permanece vigente, FRONTLINE puede rescindir mi empleo sin más obligaciones, o puede optar por pagarme por dicho período de pago no más que la tasa de salario mínimo vigente en ese momento y mi pago de horas extra aplicable basado en dicho mínimo. tasa salarial o el salario mínimo para ese período de pago, según lo permita la ley. Entiendo que mi empleador en el lugar de trabajo sigue estando obligado en última instancia hacia mí por cualquier salario no pagado que pueda adeudarme. En el caso de que mi empleador en el lugar de trabajo presente una petición de quiebra en un momento en que mi empleador en el lugar de trabajo deba dinero a FRONTLINE por los salarios que me pagó, por la presente asigno a FRONTLINE todos y cada uno de los derechos que tengo para hacer valer un reclamo salarial prioritario en la bancarota. proceder. También autorizo a FRONTLINE y sus afiliados a iniciar cualquier ajuste en los salarios futuros por cualquier ingreso realizado por error.

Desempleo: Por la presente acepto notificar a FRONTLINE en caso de que renuncie o sea despedido por mi empleador del lugar de trabajo, independientemente del motivo dentro de 48 horas para una posible reasignación y que los beneficios de desempleo pueden ser negados si no lo hago.

Seguridad/Lesiones: Acepto informar de inmediato a FRONTLINE y a mi Empleador del lugar de trabajo cualquier accidente o lesión que sufra mientras trabajo o en las instalaciones de mi Empleador del lugar de trabajo. Además, acepto seguir todas las normas y reglamentos de seguridad establecidos por FRONTLINE o mi empleador en el lugar de trabajo y me doy cuenta de que no hacerlo puede alterar los beneficios de compensación para trabajadores que se me brindan. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pueda sufrir está cubierta por los estatutos estatales de Compensación para trabajadores, y para evitar la elusión de dichos estatutos estatales que pueden dar lugar a juicios contra los clientes de FRONTLINE basados en el mismo lesión o lesiones, y en la medida permitida por la ley, por la presente renuncio y libero para siempre cualquier derecho. Es posible que tenga que presentar reclamos o entablar demandas contra cualquier cliente o cliente de FRONTLINE por daños basados en lesiones que están cubiertas por dichos estatutos de Compensación para trabajadores.

Pruebas de drogas: entiendo que FRONTLINE o mi empleador en el lugar de trabajo ahora pueden tener, o pueden establecer, un lugar de trabajo libre de drogas o un programa de pruebas de drogas y/o alcohol de conformidad con las leyes federales, estatales o locales aplicables. Entiendo que, de conformidad con la política del empleador del lugar de trabajo y las leyes federales, estatales o locales, Puedo, como condición de contratación o empleo continuo, estar sujeto a análisis de orina y/o análisis de sangre u otras pruebas médicamente reconocidas diseñadas para detectar la presencia de alcohol o drogas controladas. También entiendo que puedo estar sujeto a una prueba de alcohol y/o drogas antes de cualquier tratamiento de un accidente o lesión relacionado con el trabajo. Entiendo que la negativa a someterme a una prueba de alcohol y/o drogas puede considerarse un resultado positivo de la prueba y/o motivo de terminación.

Verificación de antecedentes: entiendo que toda la información contenida en este paquete para empleados nuevos está sujeta a verificación. En caso de que mi Empleador del lugar de trabajo requiera una verificación completa de antecedentes y/o de crédito, autorizo y doy mi consentimiento, en la medida en que lo permita la ley federal, estatal y local, para permitir que mi Empleador del lugar de trabajo, FRONTLINE o su(s) agente(s) respectivo(s) obtener información que incluye, entre otros, informes de vehículos motorizados (registros de manejo), historial crediticio, referencias laborales o educativas, antecedentes penales y cualquier otra información que me concierna.

Obligación de denunciar el acoso: FRONTLINE no tolera ni tolerará el acoso ni la discriminación contra empleadores, solicitantes, clientes o proveedores. Todos los empleados de FRONTLINE tienen estrictamente prohibido participar en cualquier forma de acoso y/o conducta discriminatoria. Si cree que otro empleado, gerente, cliente o proveedor lo está acosando o discriminando, debe notificar de inmediato al presidente del empleador del lugar de trabajo y al departamento de recursos humanos en FRONTLINE, 6959 University Blvd, Winter Park FL 32792; teléfono 800.922.4133; fax 800.955.8144, luego de lo cual el asunto será investigado discreta y minuciosamente. Se tomarán medidas inmediatas para detener cualquier comportamiento inadecuado. Acción disciplinaria, hasta e incluyendo la extinción del contrato de trabajo, se tomará, en su caso, contra el o los infractores. Acepto que si en algún momento durante mi empleo estoy sujeto a cualquier tipo de discriminación, incluida, entre otras, discriminación por motivos de raza, sexo, incluido el mismo sexo, orientación sexual, embarazo, edad, religión, color, estado militar, estado de veterano, origen nacional, ciudadanía, minusvalía, discapacidad o estado civil, o si estoy sujeto a cualquier tipo de acoso, incluido, entre otros, el acoso sexual, o cualquier otro trato que considero injusto o inapropiado, lo haré de inmediato. comuníquese con el Presidente del empleador del lugar de trabajo y el Departamento de Recursos Humanos en FRONTLINE, teléfono 800.922.4133, para obtener asistencia en la resolución de tales asuntos.

Autorización de divulgación: Por la presente, autorizo a cualquier parte o agencia contactada por mi empleador en el lugar de trabajo, FRONTLINE o sus respectivos agentes a proporcionar la información solicitada. Entiendo que se me puede solicitar que complete liberaciones adicionales que autoricen a mi Empleador del lugar de trabajo o sus agentes a investigar todas las declaraciones contenidas en este o cualquier otro documento relacionado con el empleo. Por la presente libero, descargo y eximo de responsabilidad, en la medida permitida por la ley federal, estatal o local, a mi Empleador del lugar de trabajo, FRONTLINE, sus respectivos agentes y a cualquier parte que les entregue información de conformidad con esta autorización de cualquier responsabilidad, reclamos, cargos o causa de acción que pueda tener como resultado de la recopilación, entrega o divulgación de cualquier información solicitada. Por la presente certifico que toda la información contenida en este Paquete para empleados nuevos o en cualquier otra solicitud, currículum vitae o documento proporcionado a mi Empleador del lugar de trabajo o FRONTLINE es verdadera, precisa y completa, y se proporciona a sabiendas y de forma voluntaria. Entiendo que proporcionar cualquier información falsa, inexacta o incompleta puede resultar en una acción disciplinaria, que puede incluir la terminación de mi empleo.

CERTIFICACIÓN DE EMPLEADO

Por la presente certifico que toda la información contenida en este Paquete para empleados nuevos o en cualquier otra solicitud, currículum vitae o documento proporcionado a mi Empleador del lugar de trabajo o KEY es verdadera, precisa y completa, y se proporciona a sabiendas y de forma voluntaria. Entiendo que proporcionar cualquier información falsa, inexacta o incompleta puede resultar en una acción disciplinaria, que puede incluir la terminación de mi empleo.

Firma del Empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO

Formulario Inicial Cambiar Formulario

Nombre de Empleado: _____ Seguridad Social #: _____ Nombre del Cliente: _____

Elijo Depósito Directo

Entiendo que esto puede tomar un ciclo de nómina para comenzar

Por la presente, autorizo a FRONTLINE HRO y/o cualquiera de sus entidades afiliadas (en lo sucesivo denominadas colectivamente "FRONTLINE") a iniciar entradas de crédito e iniciar, si hay entradas de débito y ajustes por entradas incorrectas a mi cuenta en el depósito nombrada a continuación. Entiendo que pueden ocurrir demoras en la publicación en mi cuenta. Dichos retrasos pueden ser causados por eventos fuera del control de FRONTLINE, incluidos, entre otros, retrasos en el procesamiento, Sistema de la Reserva Federal y/o cambios bancarios (es decir, enrutamiento números, etc). Esta autoridad permanece en pleno vigor hasta que FRONTLINE reciba una notificación por escrito o electrónica de cualquier cambio de mi parte. Reconozco que, por razones administrativas, FRONTLINE puede optar por usar esta autoridad o emitir un cheque en papel en la oficina de FRONTLINE sola discreción. FRONTLINE debe disponer de un tiempo razonable para procesar cualquier cambio.

Nombre del Banco: _____ Comprobación Importe (si no está completo): _____
 Ahorros

Número de Cuenta: _____ Número de Ruta ACH: _____

Nombre del Banco (Opcional): _____ Comprobación Importe (si no está completo): _____
 Ahorros

Número de Cuenta: _____ Número de Ruta ACH: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Se debe adjuntar un cheque anulado o documentación de su Institución financiera para que su solicitud sea procesada.

Al proporcionar la información solicitada anteriormente y firmar a continuación, por la presente elijo y doy mi consentimiento para recibir mi salario, incluidos, entre otros, los pagos de salarios fuera del ciclo y los pagos de salarios al ser dado de alta, mediante transferencia electrónica de salarios. Además, en la medida en que lo permita la ley aplicable, autorizo a mi banco a aceptar depósitos de FRONTLINE y realizar ajustes de depósito cuando se produzcan pagos de salarios fuera del ciclo al momento del alta. Confirmando que he recibido una copia de los términos. Esta autorización permanecerá vigente hasta que cancele mi cuenta con FRONTLINE; a partir de ese momento, permanecerá vigente hasta catorce (14) días después de mi terminación con FRONTLINE.

* La primera transacción es gratuita después de cada día de pago. Esto le permite eliminar todos los fondos disponibles sin costo alguno.

Nombre de Empleado: _____ Seguridad Social #: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Varias agencias del gobierno de los EE. UU. exigen que los empleadores mantengan información sobre los solicitantes relacionada con factores como la raza, el sexo y el tipo de puesto para el que se postula una persona. La información solicitada en esta hoja es para cumplir con ciertos requisitos de mantenimiento de registros. KEYHR y su empleador en el lugar de trabajo creen que todas las personas tienen derecho a las mismas oportunidades de empleo y no discriminan a sus empleados o solicitantes de empleo por motivos de raza, color, sexo, religión, origen nacional, discapacidad, condición de veterano, edad, estado civil o cualquier otra. otro estado de grupo protegido.

Nombre Completo: _____ Fecha: _____ Puesto Solicitado: _____

Número de Seguro Social: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Raza/Datos Étnicos (*seleccione una categoría*):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) – Originario de Europa, África del Norte o Oriente Medio | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (no hispano) – Originario de cualquiera de las razas negras grupos de africa | <input type="checkbox"/> Dos o más razas (no hispanas): todas las personas que se identifican con más de una de las razas anteriores |
| <input type="checkbox"/> Asiático (no hispano) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el subcontinente indio | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino – Mexicano, Cubano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de cualquier otro origen español independientemente de raza | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro Pacífico Isleño – Originario de Hawái, Guam, Samoa o cualquier otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska – Originario de América del Norte o del Sur (incluida América Central), que mantienen afiliación tribal o apego comunitario | | |

Las regulaciones emitidas por el Departamento de Trabajo de los EE. UU. con respecto a las personas discapacitadas, los veteranos discapacitados y los veteranos de la era de Vietnam requieren que los contratistas federales brinden una oportunidad de autoidentificación a los candidatos que buscan empleo. Dicha autoidentificación se presenta de forma voluntaria, para uso de acuerdo con la normativa, y sin someter al individuo a un trato adverso.

Clasificación (es) de discapacitado/veterano:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Veterano discapacitado especial –30% o más discapacitado | <input type="checkbox"/> Veterano de la era de Vietnam |
| <input type="checkbox"/> Otro veterano elegible | <input type="checkbox"/> Individuo Discapacitado |

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR DEL OBRA (CLIENTE)

- Marque aquí, si el empleado optó por no completar este formulario, el Empleador del lugar de trabajo (Cliente) lo completó a través de identificación visual según lo exige la ley.

INFORMACION PERSONAL

Las leyes estatales y federales aplicables prohíben la discriminación basada en la discapacidad o la presentación previa de un reclamo de compensación laboral o la licencia médica a la que tenía derecho. Este cuestionario de historial de salud personal se mantendrá en un archivo separado de su archivo de empleo. Cualquier declaración falsa, tergiversación u ocultamiento para asegurar el empleo es motivo suficiente para el despido.

Circule SÍ o NO si ahora tiene, o si está siendo tratado ahora por un proveedor de atención médica, O si ha tenido en el pasado, o ha sido tratado en el pasado por un proveedor de atención médica, por cualquiera de los siguientes: Proporcione los detalles de cualquier respuesta "SÍ", incluida la duración de la afección, las fechas de tratamiento, las restricciones laborales o el nivel de discapacidad (si corresponde) y el resultado. Utilice hojas de papel adicionales si es necesario para responder completamente cada pregunta.

- Sí No 1. Diagnóstico o cirugía del túnel carpiano Detalles: _____
- Sí No 2. Enfermedad o ataque al corazón Detalles: _____
- Sí No 3. Problemas de huesos o articulaciones, es decir, rodilla/hombro/muñeca, etc. Detalles: _____
- Sí No 4. Mareos, desmayos o dolores de cabeza frecuentes Detalles: _____
- Sí No 5. Depresión/Trastorno nervioso/Enfermedad mental Detalles: _____
- Sí No 6. Condición/lesión en la espalda o el cuello Detalles: _____
- Sí No 7. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía? Detalles: _____
- Sí No 8. ¿Tiene alguna limitación física que limite o reduzca su capacidad para realizar cualquier tarea relacionada con el trabajo? Detalles: _____
- Sí No 9. ¿Alguna vez ha tenido un reclamo de compensación para trabajadores debido a una lesión o enfermedad en el trabajo? Detalles: _____
- Sí No 10. ¿Ha tenido alguna condición médica, enfermedad o dolencia que resultó en su ausencia del trabajo o incapacidad para realizar las funciones esenciales de su trabajo por más de siete días de trabajo consecutivos? Detalles: _____

¿Alguna vez ha tenido o ha sido tratado por alguna de las siguientes condiciones o enfermedades?

- | | | | |
|--|---|--------------|---|
| Trauma por estrés repetitivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas o lesiones en la espalda o el cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lesión en la rodilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad grave en los últimos cinco años | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Firma del Empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

**EMPLEADOR EN EL SITIO / EMPRESA CLIENTE
POR FAVOR COMPLETE Y CONSERVE EL I-9 EN
TU UBICACIÓN.**

**FRONTLINE HRO NO RECIBE NI MANTIENE FORMULARIOS
I-9.**

**POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE
GOBIERNO VÁLIDO DEL EMPLEADO
IDENTIFICACIÓN CON FOTO EMITIDA CON SOLICITUD.**



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

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

▶ **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: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

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

Employer Completes Next Page



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

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

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

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

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				

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

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

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name	
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.)*

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

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

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

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

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

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

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

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

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

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
	Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
	City or town, state, and ZIP code		
	(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2-4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, other details, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Reserved for future use.

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate

TIP: If you have self-employment income, see page 2.

Complete Steps 3-4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3-4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):		
	Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____		
	Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____		
Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here			3 \$ _____
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income		4(a) \$ _____
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here		4(b) \$ _____
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period		4(c) \$ _____

Step 5: Sign Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

Employers Only	Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2023 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2022 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2023. You had no federal income tax liability in 2022 if (1) your total tax on line 24 on your 2022 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2023 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2024.

Your privacy. If you have concerns with Step 2(c), you may choose Step 2(b); if you have concerns with Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c).

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay income and self-employment taxes through withholding from your wages, you should enter the self-employment income on Step 4(a). Then compute your self-employment tax, divide that tax by the number of pay periods remaining in the year, and include that resulting amount per pay period on Step 4(c). You can also add half of the annual amount of self-employment tax to Step 4(b) as a deduction. To calculate self-employment tax, you generally multiply the self-employment income by 14.13% (this rate is a quick way to figure your self-employment tax and equals the sum of the 12.4% social security tax and the 2.9% Medicare tax multiplied by 0.9235). See Pub. 505 for more information, especially if the sum of self-employment income multiplied by 0.9235 and wages exceeds \$160,200 for a given individual.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

If you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option (c). The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is roughly accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2023 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b) – Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)



If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on only ONE Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables.

- 1 Two jobs. If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, skip to line 3
2 Three jobs. If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
a Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a
b Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b
c Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c
3 Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc.
4 Divide the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in Step 4(c) of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld)

Step 4(b) – Deductions Worksheet (Keep for your records.)



- 1 Enter an estimate of your 2023 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income
2 Enter: { \$27,700 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse; \$20,800 if you're head of household; \$13,850 if you're single or married filing separately }
3 If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-"
4 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information
5 Add lines 3 and 4. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$850	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870
\$10,000 - 19,999	0	930	1,850	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,200	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,850	2,920	3,120	3,320	3,340	3,340	3,340	3,340	4,320	5,320	6,190
\$30,000 - 39,999	850	2,000	3,120	3,320	3,520	3,540	3,540	3,540	4,520	5,520	6,520	7,390
\$40,000 - 49,999	1,000	2,200	3,320	3,520	3,720	3,740	3,740	4,720	5,720	6,720	7,720	8,590
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,340	3,540	3,740	3,760	4,750	5,750	6,750	7,750	8,750	9,610
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,340	3,540	3,740	4,750	5,750	6,750	7,750	8,750	9,750	10,610
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,340	3,540	4,720	5,750	6,750	7,750	8,750	9,750	10,750	11,610
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	4,170	5,370	6,570	7,600	8,600	9,600	10,600	11,600	12,600	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,190	7,390	8,590	9,610	10,610	11,660	12,860	14,060	15,260	16,330
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	17,850
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	17,850
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	18,140
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,870	17,870	19,740
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,470	15,470	17,470	19,470	21,340
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,760	8,550	10,750	12,770	14,770	16,770	18,770	20,770	22,770	24,640
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,890	12,390	14,890	17,220	19,520	21,820	24,120	26,420	28,720	30,880
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,460	13,160	15,860	18,390	20,890	23,390	25,890	28,390	30,890	33,250

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$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	\$310	\$890	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,860	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,030	\$2,040
\$10,000 - 19,999	890	1,630	1,750	1,750	2,600	3,600	3,600	3,600	3,600	3,760	3,960	3,970
\$20,000 - 29,999	1,020	1,750	1,880	2,720	3,720	4,720	4,730	4,730	4,890	5,090	5,290	5,300
\$30,000 - 39,999	1,020	1,750	2,720	3,720	4,720	5,720	5,730	5,890	6,090	6,290	6,490	6,500
\$40,000 - 59,999	1,710	3,450	4,570	5,570	6,570	7,700	7,910	8,110	8,310	8,510	8,710	8,720
\$60,000 - 79,999	1,870	3,600	4,730	5,860	7,060	8,260	8,460	8,660	8,860	9,060	9,260	9,280
\$80,000 - 99,999	1,870	3,730	5,060	6,260	7,460	8,660	8,860	9,060	9,260	9,460	10,430	11,240
\$100,000 - 124,999	2,040	3,970	5,300	6,500	7,700	8,900	9,110	9,610	10,610	11,610	12,610	13,430
\$125,000 - 149,999	2,040	3,970	5,300	6,500	7,700	9,610	10,610	11,610	12,610	13,610	14,900	16,020
\$150,000 - 174,999	2,040	3,970	5,610	7,610	9,610	11,610	12,610	13,750	15,050	16,350	17,650	18,770
\$175,000 - 199,999	2,720	5,450	7,580	9,580	11,580	13,870	15,180	16,480	17,780	19,080	20,380	21,490
\$200,000 - 249,999	2,900	5,930	8,360	10,660	12,960	15,260	16,570	17,870	19,170	20,470	21,770	22,880
\$250,000 - 399,999	2,970	6,010	8,440	10,740	13,040	15,340	16,640	17,940	19,240	20,540	21,840	22,960
\$400,000 - 449,999	2,970	6,010	8,440	10,740	13,040	15,340	16,640	17,940	19,240	20,540	21,840	22,960
\$450,000 and over	3,140	6,380	9,010	11,510	14,010	16,510	18,010	19,510	21,010	22,510	24,010	25,330

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$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	\$620	\$860	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,650	\$1,870	\$1,870	\$1,890	\$2,040
\$10,000 - 19,999	620	1,630	2,060	2,220	2,220	2,220	2,850	3,850	4,070	4,090	4,290	4,440
\$20,000 - 29,999	860	2,060	2,490	2,650	2,650	3,280	4,280	5,280	5,520	5,720	5,920	6,070
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,650	2,810	3,440	4,440	5,440	6,460	6,880	7,080	7,280	7,430
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	3,130	4,290	5,290	6,290	7,480	8,680	9,100	9,300	9,500	9,650
\$60,000 - 79,999	1,500	3,700	5,130	6,290	7,480	8,680	9,880	11,080	11,500	11,700	11,900	12,050
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,690	7,050	8,250	9,450	10,650	11,850	12,260	12,460	12,870	13,820
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	6,070	7,430	8,630	9,830	11,030	12,230	13,190	14,190	15,190	16,150
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,070	7,430	8,630	9,980	11,980	13,980	15,190	16,190	17,270	18,530
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,070	7,980	9,980	11,980	13,980	15,980	17,420	18,720	20,020	21,280
\$175,000 - 199,999	2,190	5,390	7,820	9,980	11,980	14,060	16,360	18,660	20,170	21,470	22,770	24,030
\$200,000 - 249,999	2,720	6,190	8,920	11,380	13,680	15,980	18,280	20,580	22,090	23,390	24,690	25,950
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,200	11,660	13,960	16,260	18,560	20,860	22,380	23,680	24,980	26,230
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,770	12,430	14,930	17,430	19,930	22,430	24,150	25,650	27,150	28,600

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

▶ Information about Form 8850 and its separate instructions is at www.irs.gov/form8850.

Job applicant: Fill in the lines below and check any boxes that apply. Complete only this side.

Your name _____ Social security number ▶ _____

Street address where you live _____

City or town, state, and ZIP code _____

County _____ Telephone number _____

Enter your date of birth (month, day, year) _____

- 1 Check here if you received a conditional certification from the state workforce agency (SWA) or a participating local agency for the work opportunity credit.

- 2 Check here if **any** of the following statements apply to you.
 - I am a member of a family that has received assistance from Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for any 9 months during the past 18 months.
 - I am a veteran and a member of a family that received Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits (food stamps) for at least a 3-month period during the past 15 months.
 - I was referred here by a rehabilitation agency approved by the state, an employment network under the Ticket to Work program, or the Department of Veterans Affairs.
 - I am at least age 18 but **not** age 40 or older and I am a member of a family that:
 - a. Received SNAP benefits (food stamps) for the past 6 months; **or**
 - b. Received SNAP benefits (food stamps) for at least 3 of the past 5 months, **but** is no longer eligible to receive them.
 - During the past year, I was convicted of a felony or released from prison for a felony.
 - I received supplemental security income (SSI) benefits for any month ending during the past 60 days.
 - I am a veteran and I was unemployed for a period or periods totaling at least 4 weeks but less than 6 months during the past year.

- 3 Check here if you are a veteran and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.

- 4 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were discharged or released from active duty in the U.S. Armed Forces during the past year.

- 5 Check here if you are a veteran entitled to compensation for a service-connected disability and you were unemployed for a period or periods totaling at least 6 months during the past year.

- 6 Check here if you are a member of a family that:
 - Received TANF payments for at least the past 18 months; **or**
 - Received TANF payments for any 18 months beginning after August 5, 1997, **and** the earliest 18-month period beginning after August 5, 1997, ended during the past 2 years; **or**
 - Stopped being eligible for TANF payments during the past 2 years because federal or state law limited the maximum time those payments could be made.

- 7 Check here if you are in a period of unemployment that is at least 27 consecutive weeks and for all or part of that period you received unemployment compensation.

Signature—All Applicants Must Sign

Under penalties of perjury, I declare that I gave the above information to the employer on or before the day I was offered a job, and it is, to the best of my knowledge, true, correct, and complete.

Job applicant's signature ▶



Date

Estimado nuevo empleado:

Su empleador está participando en un programa federal para iniciar trabajos.

Para completar los requisitos, complete la encuesta a continuación:

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Seguro Social: # ____ - ____ -

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Qué edad tiene?:

¿Ha trabajado antes para este empleador? **SÍ** **NO** En caso afirmativo, última fecha de empleo:

RESPONDA SÍ O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

(Por favor, complete también la parte superior y firme la parte inferior del formulario 8850 adjunto. ¡Gracias!)

1. En los **últimos 6 meses**, ¿usted o un miembro de su familia ha recibido cupones **para alimentos / SNAP**? **SÍ** **NO** En caso afirmativo, indique el nombre del destinatario principal y la ciudad / estado:

2. En los **últimos 18 meses**, ¿ha recibido **TANF** (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)? **SÍ** **NO**
En caso afirmativo, indique el nombre del destinatario principal y la ciudad / estado:

3. ¿Es **VETERANO de las Fuerzas Armadas de EE. UU.**? **SÍ** **NO** (SI NO, VAYA a la Pregunta # 4).

- ¿Ha estado desempleado **un período combinado de (6) meses durante el año pasado**? **SÍ** **NO**
- ¿Ha estado desempleado durante **un período combinado de (4) semanas pero menos de (6) meses durante el pasado? año**? **SÍ** **NO**
- ¿Fue despedido o liberado del servicio activo durante el año pasado? **SÍ** **NO**
- ¿Tiene derecho a una compensación por una discapacidad relacionada con el servicio? **SÍ** **NO**
- ¿Es miembro de una familia que recibió beneficios de SNAP **durante al menos 3 meses durante los últimos 15 meses? antes de que te contrataran**? **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, indique el nombre del destinatario principal y la ciudad / esdo: _____

4. En **los últimos 60 días**, ¿recibió beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? **SÍ** **NO**

5. En **el último año**, ¿fue condenado por un delito grave o liberado de la prisión después de una condena por un delito grave? **SÍ** **NO**

- Si respondió Sí, ingrese la fecha de condena: ____ / ____ / ____ y fecha de liberación: ____ / ____ / ____
- ¿Fue esta una condena federal o estatal?

6. ¿Está siendo referido por una agencia para empleados con discapacidades? (Debe ser una rehabilitación vocacional Agencia)

- **SÍ** **NO**
- ¿Está siendo recomendado por el Programa Boleto para trabajar del Seguro Social para empleados con discapacidades?
SÍ **NO**
- ¿Está siendo referido por el Departamento de Asuntos de Veteranos? **SÍ** **NO**

7. ¿Ha recibido **compensación por desempleo durante más de 26 semanas consecutivas**? **SÍ** **NO**

Salario por hora inicial: \$

Fecha de inicio: ____ / ____ / ____

Estimado Empleado,

Su empresa está participando en un programa federal bajo la Ley PATH para Crear trabajos.

Para cumplir con las pautas de este programa, solicitamos su ayuda. al completar la siguiente breve encuesta por teléfono, enlace web o enlace web QR código. Toda la información que proporcione será confidencial y no afectará a la proceso de contratación.

Cualquier información que proporcione es **confidencial** y será revisada estrictamente. confianza con el Departamento de Trabajo para determinar la elegibilidad para los programas de iniciación laboral.

Seleccione uno de los siguientes métodos para completar este proceso:

Proyección web: <https://wotc.irecruit-us.com/admin.php?wotcID=keyHR>

**Teléfono inteligente
Proyección web:**



Centro de llamadas #: 866-597-6917

Se agradece enormemente su tiempo y cooperación con este esfuerzo.

¡Gracias!