

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):*

Apellido: _____ Primero: _____ MI: _____

Estado Civil *(marque uno):*

☐ 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 bancarrota. 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 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

☐ IFormulario 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):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Blanco (no hispano) – Originario de Europa, África del Norte o Oriente Medio | ☐ Negro o afroamericano (no hispano) – Originario de cualquiera de las razas negras grupos de africa | ☐ Dos o más razas (no hispanas): todas las personas que se identifican con más de una de las razas anteriores |
| ☐ Asiático (no hispano) – Originario del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o el subcontinente indio | ☐ Hispano o Latino – Mexicano, Cubano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de cualquier otro origen español independientemente de raza | ☐ Nativo de Hawái u otro Pacífico Isleño – Originario de Hawái, Guam, Samoa o cualquier otra isla del Pacífico |
| ☐ 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:

- | | |
|---|--|
| ☐ Veterano discapacitado especial –30% o más discapacitado | ☐ Veterano de la era de Vietnam |
| ☐ Otro veterano elegible | ☐ 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 | ☐ Sí ☐ No | Diabetes | ☐ Sí ☐ No |
| Problemas o lesiones en la espalda o el cuello | ☐ Sí ☐ No | Alcoholismo | ☐ Sí ☐ No |
| Lesión en la rodilla | ☐ Sí ☐ No | Drogadicción | ☐ Sí ☐ No |
| Enfermedad grave en los últimos cinco años | ☐ Sí ☐ 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 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

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

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number 		Employee's Email Address		Employee's Telephone Number	
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
		☐ 1. A citizen of the United States				
		☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)				
		☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)				
		☐ 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)				
		If you check Item Number 4. , enter one of these:				
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee				Today's Date (mm/dd/yyyy)		

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)		Additional Information			
Issuing Authority		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.			
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears 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.			First Day of Employment (mm/dd/yyyy):		
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name		Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code			

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

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

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

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
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 an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the individual's status or parole 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		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 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	1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 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 For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central. The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.
Acceptable Receipts May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period. For receipt validity dates, see the M-274.			
• Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee.	OR	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code



Supplement B,
Reverification and Rehire (formerly Section 3)

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement replaces Section 3 on the previous version of Form I-9. Only use this page if your employee requires reverification, is rehired within three years of the date the original Form I-9 was completed, or provides proof of a legal name change. Enter the employee's name in the fields above. Use a new section for each reverification or rehire. Review the Form I-9 instructions before completing this page. Keep this page as part of the employee's Form I-9 record. Additional guidance can be found in the [Handbook for Employers: Guidance for Completing Form I-9 \(M-274\)](#)

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
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 documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Additional Information (Initial and date each notation.)		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.	

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
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 documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Additional Information (Initial and date each notation.)		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.	

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
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 documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Additional Information (Initial and date each notation.)		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.	

Employee's Withholding Certificate

OMB No. 1545-0074

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.****2025****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) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse ☐ 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.)		

TIP: Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App to determine the most accurate withholding for the rest of the year if: you are completing this form after the beginning of the year; expect to work only part of the year; or have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), dependents, other income (not from jobs), deductions, or credits. Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

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, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

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) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for the most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**

(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 ☐

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 unless otherwise noted.

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 2025 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2024 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2025. You had no federal income tax liability in 2024 if (1) your total tax on line 24 on your 2024 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 2025 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 17, 2026.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Are submitting this form after the beginning of the year;
2. Expect to work only part of the year;
3. Have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), or number of dependents, or changes in your deductions or credits;
4. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
5. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

TIP: Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator to account for federal income tax that has already been withheld this year. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

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 these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

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. Submit a separate Form W-4 for each job.

Option **(a)** most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option **(b)** does so with a little less accuracy.

Instead, 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 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 2025 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; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 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 **1** \$ _____
- 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 **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 **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **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. **3** _____
- 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) **4** \$ _____

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

- 1** Enter an estimate of your 2025 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 **1** \$ _____
- 2** Enter:

{	• \$30,000 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse	}		2	\$ _____
	• \$22,500 if you're head of household				
	• \$15,000 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-" **3** \$ _____
- 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 **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

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	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,170	19,170
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

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	\$200	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040
\$10,000 - 19,999	850	1,700	1,870	1,870	2,220	3,220	3,720	3,720	3,720	3,720	3,890	4,090
\$20,000 - 29,999	1,020	1,870	2,040	2,390	3,390	4,390	4,890	4,890	4,890	5,060	5,260	5,460
\$30,000 - 39,999	1,020	1,870	2,390	3,390	4,390	5,390	5,890	5,890	6,060	6,260	6,460	6,660
\$40,000 - 59,999	1,220	3,070	4,240	5,240	6,240	7,240	7,880	8,080	8,280	8,480	8,680	8,880
\$60,000 - 79,999	1,870	3,720	4,890	5,890	7,030	8,230	8,930	9,130	9,330	9,530	9,730	9,930
\$80,000 - 99,999	1,870	3,720	5,030	6,230	7,430	8,630	9,330	9,530	9,730	9,930	10,130	10,580
\$100,000 - 124,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,760	9,960	10,160	10,950	11,950	12,950
\$125,000 - 149,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,950	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,090	5,460	6,660	8,450	10,450	11,950	12,950	13,950	15,080	16,380	17,680
\$175,000 - 199,999	2,040	4,290	6,450	8,450	10,450	12,450	13,950	15,230	16,530	17,830	19,130	20,430
\$200,000 - 249,999	2,720	5,570	7,900	10,200	12,500	14,800	16,600	17,900	19,200	20,500	21,800	23,100
\$250,000 - 399,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$400,000 - 449,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$450,000 and over	3,140	6,490	9,160	11,660	14,160	16,660	18,660	20,160	21,660	23,160	24,660	26,160

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	\$450	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,890
\$10,000 - 19,999	450	1,450	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	3,180	4,070	4,070	4,090	4,290
\$20,000 - 29,999	850	2,000	2,600	2,800	2,820	2,820	3,780	4,780	5,670	5,690	5,890	6,090
\$30,000 - 39,999	1,000	2,200	2,800	3,000	3,020	3,980	4,980	5,980	6,890	7,090	7,290	7,490
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,820	3,830	4,850	5,850	6,850	8,050	9,130	9,330	9,530	9,730
\$60,000 - 79,999	1,020	3,030	4,630	5,830	6,850	8,050	9,250	10,450	11,530	11,730	11,930	12,130
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,060	8,280	9,480	10,680	11,880	12,970	13,170	13,370	13,570
\$100,000 - 124,999	1,950	4,350	6,150	7,550	8,770	9,970	11,170	12,370	13,450	13,650	14,650	15,650
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,060	11,260	12,860	14,740	15,740	16,740	17,740
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,860	12,860	14,860	16,740	17,740	18,940	20,240
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,640	8,840	10,860	12,860	14,860	16,910	19,090	20,390	21,690	22,990
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,520	10,960	13,280	15,580	17,880	20,180	22,360	23,660	24,960	26,260
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,370	11,870	14,190	16,490	18,790	21,090	23,280	24,580	25,880	27,180
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,940	12,640	15,160	17,660	20,160	22,660	25,050	26,550	28,050	29,550

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

OMB No. 1545-1500

► 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.

SIGN HERE

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: ____ / ____ / ____

CMS es responsable de administrar este programa para su empleador y es una organización independiente. Toda la información divulgada por usted, por lo tanto, será manejada de forma independiente por su empleador. La información que proporcione es confidencial y será utilizada únicamente por CMS en estricta confidencialidad con el Departamento de Trabajo para determinar su elegibilidad para el programa. Gracias por tu tiempo y esfuerzo.

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!

NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS

¡Bienvenido a Frontline HRO! Como empleado nuevo, usted es elegible para inscribirse en nuestro programa de seguros. Puede encontrar información sobre los beneficios que están disponibles para usted en www.mybenefitservices.com/company name. Nuestros beneficios incluyen cobertura médica, dental, de la vista, de vida y por discapacidad a corto plazo. Si no puede acceder a Internet, puede inscribirse llamando al 888-820-5687 y seleccionando la opción 2. Nuestra opción de plan de Cobertura Esencial Mínima o MEC cumple con la Ley de Atención Médica Asequible u Obamacare.

Tiene 30 días a partir de la fecha de hoy para inscribirse o rechazar el seguro. Para inscribirse o rechazarlo, debe completar un formulario de inscripción en línea en www.mybenefitservices.com/frontline.

Si elige los beneficios, se le descontarán de su cheque de pago antes de la fecha de vigencia de su cobertura. Según su fecha de contratación, su cobertura entrará en vigencia aproximadamente treinta días después de su fecha de contratación. Las deducciones de nómina por su parte del costo del beneficio comenzarán el primer período de pago anterior a la fecha de vigencia de su cobertura. El monto de sus deducciones depende de las opciones de beneficios que elija. Una vez que vea una deducción de nómina en su cheque, estará cubierto por los beneficios que seleccionó y recibirá sus tarjetas de identificación por correo electrónico.

Tenga en cuenta que nuestro seguro tiene una función de “brecha en la cobertura” que le permite conservar sus beneficios durante hasta 5 semanas consecutivas si no está trabajando. Las primas que no pague se le condonan.

Al firmar a continuación, usted reconoce que se le ha ofrecido un seguro.

Nombre (en letra de imprenta)

Fecha

Firma

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

PROTEJA A SU FAMILIA

¡AHORA TIENE LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR EN LOS BENEFICIOS! ¡AMBOS PLANES MÉDICOS EN LOS QUE PUEDE INSCRIBIRSE CUESTAN MENOS DE \$21 POR SEMANA!



OPCIONES DE PLANES MÉDICOS

- Sin embargo, un plan básico que cubre solo el cuidado del bienestar y los servicios preventivos tiene una función de telemedicina y beneficios para medicamentos recetados
- Un plan médico limitado que paga beneficios por visitas al consultorio médico, atención de urgencia, servicios de diagnóstico de laboratorio/rayos X, telemedicina, medicamentos recetados con más de 200 medicamentos disponibles por un copago de \$1 y beneficios hospitalarios

COBERTURA DENTAL

- Cobertura para servicios dentales preventivos, básicos y mayores
- Hasta \$500 por asegurado por año en beneficios
- Los servicios dentales preventivos están cubiertos al 100%
- Disponible para ti y tu familia

COBERTURA DE LA VISTA

- Cobertura para exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto
- Hasta \$600 por asegurado por año en beneficios
- Exámenes oculares de rutina cubiertos al 100% después de un copago de \$25

INFORMACIÓN DE BENEFICIOS

Recibirá más información por mensaje de texto y correo electrónico; Sin embargo, ¡no tienes que esperar! Para obtener más información sobre estos planes, visite el sitio de inscripción. Puede ver los detalles de los beneficios e inscribirse para la cobertura en el sitio de inscripción. El costo de sus elecciones de beneficios se deducirá de su cheque de pago semanalmente.

-  COBERTURA PREVENTIVA
-  BENEFICIOS MÉDICOS LIMITED
-  COBERTURA DENTAL
-  COBERTURA DE LA VISTA

Contact Us For More Information:

Phone: 888.820.5687

Text: 918.876.5015

Email: eligibility@ctpa.com

Enrollment Site:

www.mybenefitservices.com/frontline

FRONTLINE HRO
STAFFING GROUP HOLDINGS

Formulario de inscripción de conserjería		Grupo de empleadores: Staffing Group Holdings	
¡Háblanos de ti!			
Apellido	Nombre	Cumpleaños (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social
Dirección postal	Ciudad, Estado, Código Postal		Género
Correo electrónico	Número de teléfono	Fecha de contratación	Ubicación
Información de cobertura (marque todo lo que corresponda)			
Plan Preventivo Plus	Solo para empleados ☐ Empleado/Cónyuge ☐ Empleado/Niño ☐ Familia ☐		
Plan Médico Limitado 200	Solo para empleados ☐ Empleado/Cónyuge ☐ Empleado/Niño ☐ Familia ☐		
Dental Plan	Solo para empleados ☐ Empleado/Cónyuge ☐ Empleado/Niño ☐ Familia ☐		
Plan de visión	Solo para empleados ☐ Empleado/Cónyuge ☐ Empleado/Niño ☐ Familia ☐		
Información del dependiente (si corresponde)			
Nombre del dependiente	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Relación
Nombre del dependiente	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Relación
Nombre del dependiente	Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Relación
Información del beneficiario (si seleccionó el plan de seguro de vida a término, indique un beneficiario del seguro de vida a continuación)			
Nombre del beneficiario	Relación	Inicio/Teléfono Celular	
Precios por período de pago (52 períodos de pago)			
Plan Preventivo Plus	Empleado \$21.12 ☐ Empleado/Cónyuge \$43.04 ☐ Empleado/Niño \$38.42 ☐ Familia \$59.19 ☐		
Plan Médico Limitado 200	Empleado \$20.19 ☐ Empleado/Cónyuge \$29.54 ☐ Empleado/Niño \$27.23 ☐ Familia \$35.54 ☐		
Dental Plan	Empleado \$7.15 ☐ Empleado/Cónyuge \$14.08 ☐ Empleado/Niño \$14.08 ☐ Familia \$21.00 ☐		
Plan de visión	Empleado \$4.27 ☐ Empleado/Cónyuge \$8.19 ☐ Empleado/Niño \$8.19 ☐ Familia \$11.65 ☐		
Firma del empleado			
Firma del empleado	Fecha		

Al firmar este documento, autorizo a mi empleador a deducir semanalmente la cantidad seleccionada de mi cheque de pago.

Declinación de la cobertura de salud

Recordatorio: Los planes preventivos no afectan a otras coberturas.

Puede tener tanto su cobertura actual como un plan preventivo.

Rechazo de la cobertura médica por una de las siguientes razones:

☐ Cobertura bajo el plan de seguro de un cónyuge - Nombre de la aseguradora: _____

☐ Inscrito en cualquier otro plan de la compañía de seguros - Nombre de la compañía: ____

☐ Medicare ☐ Sí ☐ NO

☐ Otros (explique): _____

La cobertura me ha sido explicada por mi empleador. Se me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible y he decidido no inscribirme.

Firma del empleado

Fecha

Aviso de Inscripción Especial:

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Concierge Benefit Services al 1-888-820-5687.