

TELÉFONO: 772-466-0440
FAX: 772-264-0775
WWW.ATLANTICPAYROLL.US

DOS LOCALES
3802 CROSSROADS PKWY
FORT PIERCE, FL 34945

207 AVE K S.E.
WINTER HAVEN, FL 33880



Paquete para empleados nuevos

PLEASE SUBMIT PACKET TO:

PAYROLL@ATLANTICPAYROLL.US

OR FAX 772-264-0775

Aviso a la COMPAÑÍA CLIENTE: NO se considerará que se ha establecido una relación de organización profesional de empleadores entre Atlantic Payroll Partners, LLC y una persona hasta que los formularios del "PAQUETE PARA EMPLEADOS NUEVOS" hayan sido completados, firmados, y entregados a Atlantic Payroll Partners. Si la COMPAÑÍA CLIENTE coloca a esa persona en servicio antes de entregar el "PAQUETE PARA EMPLEADOS NUEVOS" completado, la persona NO estará trabajando bajo la política de compensación de trabajadores de Atlantic Payroll Partners y la COMPAÑÍA CLIENTE será completamente responsable por todas las obligaciones y/o penalidades en caso de incurrir en alguna (Consulte el Acuerdo de Servicio con el Cliente para conocer los detalles).

******Supervisor/manager MUST complete "Section 5" on the last page of this packet.******

CLIENT COMPANY: _____

NEW HIRE NAME: _____

Rate of Pay: \$ _____ per _____

W/C CLASS CODE: _____

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN BÁSICA

Atlantic Payroll Partners, LLC (APP) es una organización profesional de empleadores (“PEO” por sus siglas en inglés). En esta relación con la PEO, APP es el empleador registrado para fines de nómina, reporte de impuesto, seguro de compensación de trabajadores, administración de reclamaciones, y otras posibles funciones administrativas. La compañía cliente o el empleador en el sitio de trabajo es responsable por el trabajo diario de las personas asignadas y por la administración general de la compañía cliente.

EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Adoptamos la política de tomar las decisiones laborales sin considerar la raza, color, edad, sexo, orientación sexual, preferencia sexual, religión, origen nacional, discapacidad, incapacidad, información genética o estado civil. Si usted requiere una adaptación razonable para completar este formulario, por favor, infórmenos.

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____ Apto./unidad #: _____ Ciudad: _____ Edo.: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene usted alguna limitación que pueda afectar su capacidad para realizar con seguridad o eficientemente el cargo que le ofrecieron? En caso afirmativo, por favor, explique: _____

SECCIÓN 2 - ACUERDO SOBRE EL SITIO DE TRABAJO

Yo, el signatario, en consideración de tener una relación de organización profesional de empleadores con Atlantic Payroll Partners, LLC (en lo sucesivo mencionada como “APP”) reconozco y acepto lo siguiente:

- (1) En todo momento durante mi relación con APP, entiendo y acepto que seguiré siendo empleado de la compañía cliente para la cual estoy trabajando (“Cliente”) que contrató a APP y, en la medida que la ley lo permita, el Cliente seguirá teniendo el control único y exclusivo sobre mis deberes laborales diarios y sobre el o los sitios de trabajo donde yo preste mis servicios. Adicionalmente, en la medida que la ley lo permita, el Cliente continuará realizando la supervisión en el sitio, incluyendo, y sin limitación alguna, determinar mis asignaciones de trabajo y requerimientos de entrenamiento y la evaluación de mi desempeño. También, en la medida que la ley lo permita, el Cliente determinará mis tareas laborales, tarifa de pago, horas trabajadas, oportunidades para la continuación del empleo, y otros términos y condiciones de mi empleo;
- (2) Entiendo y acepto que recibiré mis instrucciones diariamente del Cliente. También entiendo que todos los empleados nuevos que trabajan con el Cliente tienen un periodo de prueba de 90 días durante los cuales cualquiera de las partes puede terminar el empleo sin ninguna obligación adicional;
- (3) Entiendo y acepto que mi estatus con APP es a voluntad. Además, entiendo y acepto que no existe un contrato de empleo entre APP y yo, y entiendo y acepto que APP no será parte de un contrato de empleo que yo haya otorgado previamente o que yo pueda otorgar en el futuro con el Cliente. Adicionalmente, entiendo y acepto que mi estatus de empleado a voluntad con APP no cambia el estatus de empleo que tenía con el Cliente antes de la existencia de la relación profesional de empleadores entre APP y el Cliente y que APP no es responsable por ninguna obligación contractual que haya podido existir entre el Cliente y yo;
- (4) Entiendo y acepto que estoy prestando servicios dentro de una relación con una organización profesional de empleadores (“PEO”) donde las obligaciones y responsabilidades que me son aplicables están establecidas es un acuerdo de servicio otorgado entre el Cliente y la APP;
- (5) Entiendo y acepto que APP asumió la responsabilidad de pagar mis remuneraciones según lo requerido por la ley aplicable. También entiendo y acepto que, salvo que la ley requiera lo contrario, si APP no recibe el pago del Cliente por los servicios que yo realizo como persona asignada, APP, si la ley lo permite, puede pagarme el salario mínimo aplicable (o el salario mínimo requerido legalmente) por cualquier periodo de pago, y yo acepto este método de compensación. Adicionalmente, entiendo y acepto que el Cliente, en todo momento, finalmente sigue estando obligado a pagarme mi tarifa por hora regular de pago si soy un empleado no exento y a pagarme el salario completo si soy un empleado exento, en caso de que APP no haya recibido el pago completo del Cliente por los servicios que yo realizo;
- (6) También entiendo y acepto que, salvo que la ley requiera lo contrario, cuando APP no ha recibido del Cliente el pago de las siguientes partidas, APP no asume la responsabilidad por el pago de bonificaciones, comisiones, indemnización por despido, compensación diferida, distribución de utilidades, vacaciones, licencia por enfermedad, u otro pago de tiempo libre remunerado, compensación, beneficios, ni por cualquier otro pago que no sea obligatorio por ley, bajo cualquier forma, ni por cualquier otro tipo de pago similar, salvo que APP, en un acuerdo por escrito otorgado conmigo, haya adoptado específicamente la obligación del Cliente de pagarme esa compensación o beneficio (APP asume esta responsabilidad cuando ese pago fue recibido del Cliente abarcando esa partida en mi caso);
- (7) Salvo que el Cliente y APP acuerden contractualmente lo contrario, APP acordó mantener el seguro de compensación de trabajadores para cubrir mi empleo. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que yo pueda sufrir está cubierta por el estatuto de compensación de trabajadores del estado, y para evitar la evasión de ese estatuto estatal que pudiera tener como resultado una demanda en contra de los compradores o los clientes de APP o en contra de APP con base en la misma lesión, y en la medida que la ley lo permita, por medio de este documento, renuncio a cualquier derecho y por siempre exonero cualquier derecho que pueda tener para presentar una reclamación o para interponer una demanda en contra de cualquier cliente o comprador de APP y/o en contra de APP por daños con base en las lesiones que están cubiertas por el estatuto de compensación de trabajadores. En el supuesto de una lesión relacionada con el trabajo, entiendo y acepto que, en la medida que la ley lo permita, mi única reparación recae en la cobertura según la póliza de compensación de trabajadores de APP o la póliza de compensación de trabajadores del Cliente, si este mantiene su propia póliza de compensación de trabajadores;

- (8) Entiendo y acepto que si sufro una lesión en el trabajo, incluso si la lesión es menor o no quiero recibir tratamiento, debo reportarla de inmediato a mi supervisor. También acepto cumplir con cualquier política legal de prueba para la detección de drogas que se pueda adoptar, y específicamente acepto la prueba para la detección de drogas después de un accidente en cualquier situación donde la ley lo permita;
- (9) Yo acepto obedecer la política sobre drogas y alcohol en el sitio donde realizo las tareas de mi trabajo. Entiendo que estoy trabajando en un sitio de trabajo libre de drogas y de alcohol, donde la política sobre drogas y alcohol prohíbe, entre otras cosas, la posesión, consumo, distribución, o uso no autorizado e ilegal por parte de todas las personas asignadas de alcohol o de cualquier droga ilegal o drogas obtenidas ilegalmente en el sitio de trabajo o cuando realiza el trabajo. Ninguna persona asignada tiene permitido trabajar después de haber ingerido drogas ilegales o drogas obtenidas ilegalmente ni mientras está afectado o bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales (en relación con los medicamentos con receta, el mal uso de ese medicamento también está prohibido). Se puede requerir que los empleados realicen una prueba para la detección de drogas y/o de alcohol bajo ciertas circunstancias de conformidad con el programa de pruebas para un sitio de trabajo libre de drogas y alcohol, inclusive la prueba bajo sospecha razonable y después de un accidente. Cualquier persona asignada que viole la política de sitio de trabajo libre de drogas y alcohol puede estar sujeto al despido de inmediato por el Cliente. Las preguntas sobre políticas/pruebas para el sitio de trabajo libre de drogas y alcohol deben presentarse al Director de Recursos Humanos de APP al 772-466-0440;
- (10) Adicionalmente, también acepto que si en cualquier momento durante mi empleo con el Cliente soy sometido a cualquier tipo de discriminación, inclusive discriminación con base en la raza, sexo, orientación sexual, preferencia sexual, acoso de cualquier tipo, discapacidad, color, edad, información genética, origen nacional, estatus de ciudadanía, religión, represalias, estatus de veterano, estatus militar, o estatus de unión en pareja, o si soy sometido a cualquier tipo de acoso, inclusive acoso sexual, contactaré de inmediato a la persona apropiada del Cliente. En la mayoría de los casos, esta persona apropiada será el Presidente del Cliente. Si decido no contactar al Cliente por cualquier razón, puedo contactar al Director de Recursos Humanos de APP al 772-466-0440 con el propósito limitado de que APP, a su opción, y no como empleador sino como un posible facilitador y a su sola discreción trate de facilitar una resolución;
- (11) Entiendo y acepto que el Cliente tiene el control único y exclusivo sobre mis tareas laborales diarias y el Cliente tiene el control único y exclusivo del sitio de trabajo en el cual o desde el cual presto mis servicios y que APP solamente se reserva y retiene esos derechos y la autoridad según lo requerido por la ley aplicable. Acepto que APP no tiene el control real sobre mi sitio de trabajo y, por lo tanto, no está en la posición para terminar ni para subsanar la discriminación, acoso, condición de trabajo inseguro, represalias, ni un acto ilícito que pudiera estar ocurriendo. La responsabilidad para resolver y/o terminar esa conducta inapropiada o condición de trabajo insegura recae sobre el Cliente, sin embargo, APP puede tratar de facilitar la resolución;
- (12) Entiendo y acepto que debido a las restricciones de licencias y de compensación de trabajadores aplicables a las organizaciones profesionales de empleadores, si soy aceptado como persona asignada de APP, tengo expresamente prohibido realizar cualquier trabajo fuera del estado en la cual estoy prestando servicios actualmente para el Cliente ("Estado de Residencia") durante mi estatus como persona asignada salvo que pueda estar permitido por la póliza de compensación de trabajadores que me proporciona APP o salvo que pueda estar permitido por escrito por APP y la aseguradora de compensación de trabajadores aplicable;
- (13) Si trabajo fuera del Estado de Residencia para el Cliente o para cualquier otra persona sin obtener primero esta aprobación según lo establecido en (12), entiendo y acepto que dejaré de tener una relación de organización profesional de empleadores con APP y que pudiera no recibir los beneficios de compensación de trabajadores a través de APP o de la aseguradora de compensación de trabajadores aplicable, y mi relación con la organización profesional de empleadores con APP se considerará terminada de inmediato desde el comienzo de mi viaje fuera del Estado de Residencia para realizar un trabajo cuando no se recibió la aprobación previa según lo establecido en este documento;
- (14) Entiendo y acepto que, en la medida que la ley lo permita, cualquier obligación de APP cesa cuando termina el acuerdo de la organización profesional de empleadores de APP con el Cliente;
- (15) Entiendo y acepto que si soy elegible para cualquier beneficio es mi responsabilidad (y la responsabilidad de cualquier familiar/dependiente que desee participar) consignar oportunamente todos los formularios y la información requeridos;
- (16) En la medida que la ley lo permita, mediante la firma de este Acuerdo, yo cedo a APP mi derecho para interponer una reclamación privilegiada por remuneraciones en contra del Cliente de conformidad con el 11 U.S.C. § 507 (a)(3) en el supuesto de que se consigne una Solicitud de Bancarrota de acuerdo con el Título 7 y/o el Título 11 del Código de los Estados Unidos por o en representación del Cliente;
- (17) Por medio del presente documento, autorizo a cualquier parte o agencia contactada por el Cliente, APP, o sus respectivos agentes para entregar la información solicitada en la medida que la ley federal, estatal, o local lo permita. Entiendo que pudiera estar obligado a completar permisos adicionales autorizando al Cliente o a sus designados y agentes para investigar todas las declaraciones contenidas en este o en cualquier otro documento relacionado con el empleo. Por medio del presente documento, libero, exono, y mantengo indemne, en la medida que la ley federal, estatal, o local lo permita, al Cliente, APP, sus respectivos designados y agentes y cualquier parte que les entregue información a ellos de conformidad con esta autorización contra cualquier obligación, reclamación, cargos, o causas de acción judicial que yo pueda tener como resultado de reunir, entregar o revelar cualquier información solicitada;
- (18) Además acepto que al final de mi empleo con el Cliente, me presentaré de regreso con APP para una posible reasignación con otro Cliente. Si no me presento dentro de las 48 horas, me pueden denegar los beneficios por desempleo; y
- (19) Si firmo este formulario y/o completo los papeles de trabajo individuales utilizados por APP y no soy aceptado nunca como persona asignada de APP, este formulario será nulo e inválido.

Por medio del presente documento certifico que toda la información contenida en este Paquete de Empleado Nuevo o en cualquier otra solicitud, hoja de vida, o documento entregado al Cliente o a APP es cierto, exacto y completo, y se entrega con pleno conocimiento y voluntariamente. Entiendo que proporcionar información falsa, inexacta o incompleta puede tener como resultado la aplicación de acciones disciplinarias, incluyendo hasta la terminación de mi empleo.

FIRMA DE LA PERSONA ASIGNADA: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 3 – EMPLEADOR CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Somos un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y no discriminamos con base en la raza, ancestros, color, religión, sexo, edad, estatus conyugal, orientación sexual, origen nacional, condición médica, discapacidad, estatus de veterano, o cualquier otra base protegida por la ley. La información proporcionada será utilizada para investigación, reporte, fines estadísticos y supervisión del cumplimiento legal. Para ayudarnos a cumplir con estos requerimientos del gobierno, por favor, complete la siguiente información. Completar este formulario es voluntario y no afectará su oportunidad para recibir un empleo ni los términos o condiciones de empleo. Apreciamos su cooperación.

Género (elija uno): Masculino Femenino Elijo no responder

Raza/origen étnico (elija uno):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (no hispano ni latino) | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano (no hispano ni latino) | <input type="checkbox"/> Hispano o latino |
| <input type="checkbox"/> Asiático (no hispano ni latino) | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispano ni latino) | <input type="checkbox"/> Dos o más razas |
| <input type="checkbox"/> Alguna otra raza | <input type="checkbox"/> Elijo no responder | |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otra Isla del Pacífico (no hispano ni latino) | | |



AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

*******TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER COMPLETADOS PARA QUE EL DEPOSITIVO DIRECTO TENGA EFECTO*******

Nombre del empleador en el lugar de trabajo: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial medio: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto/unidad: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip: _____ Correo electrónico: _____

Por la presente autorizo a Intercoastal Payroll Solutions a depositar los montos que me adeudan, según las instrucciones de mi empleador, iniciando entradas de crédito a mi cuenta en la institución financiera/banco indicado en este formulario. En el caso de que Intercoastal Payroll Solutions deposite fondos erróneamente en mi cuenta, Autorizo a Intercoastal Payroll Solutions a debitar mi cuenta por una cantidad para no exceder el monto original del crédito erróneo. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Solutions ha recibido una notificación por escrito de mi despido en ese tiempo y en de manera que se brinde a las Soluciones de Nómina Intercoasteras una oportunidad razonable para actuar en ella.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

(Utilice un formulario adicional para distribuir su cheque a más cuentas)

1. Nombre del banco / Ciudad / Estado: _____ Comprobación de ahorros Otros

**Tránsito de ruta: _____ Número de cuenta: _____ Depósito- \$ _____ . ____ o ____ % o Importe total

2. Nombre del banco / Ciudad / Estado: _____ Comprobación de ahorros Otros

**Tránsito de ruta: _____ Número de cuenta: _____ Depósito- \$ _____ . ____ o ____ % o Importe total

****SI USTED UTILIZA UNA TARJETA GLOBAL DE EFECTIVO, EL TRANSIT DE ROUTING ES 073972181**

POR FAVOR ATAQUE UN CHECK ANULADO SI ES DISPONIBLE

(Las Solicitudes de Depósito Directo entrarán en vigencia dos semanas después de la recepción de esta autorización.)

******Adjuntar cheque anulado aquí******

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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

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

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

2023

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

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

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

Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

(a) Reservado para uso futuro.

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa

CONSEJO: Si usted tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, vea la página 2.

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

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

Paso 5:	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
Firme Aquí	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> Fecha

Para Uso Exclusivo del Empleador	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código Federal de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

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

Propósito del Formulario

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

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2023 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2022, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2023, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2022 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2022 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27**, **28**, y **29**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2023. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "Exempt" (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 15 de febrero de 2024.

Su privacidad. Si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c).

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar los impuestos sobre los ingresos y el trabajo por cuenta propia por medio de la retención de sus salarios, deberá anotar el ingreso del trabajo por cuenta propia en el Paso 4(a). Luego, calcule su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, divida ese impuesto por el número de períodos de pago restantes en el año e incluya la cantidad resultante por período de pago en el Paso 4(c). También puede sumar la mitad de la cantidad anual del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia al Paso 4(b) como deducción. Para calcular el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, por lo general, se multiplican los ingresos del trabajo por cuenta propia por 14.13% (esta tasa es una forma rápida de calcular su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia y es igual a la suma del 12.4% del impuesto del Seguro Social y del 2.9% del impuesto del *Medicare* multiplicado por 0.9235). Vea la Publicación 505 para más información, especialmente si la suma de los ingresos del trabajo por cuenta propia multiplicada por 0.9235 y los salarios excede los \$160,200 para un individuo determinado.

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

Instrucciones Específicas

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

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

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



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

Paso 3. Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

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

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea **5** de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2023 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

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

Paso 2(b) – Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos *(Guarde para sus archivos).*



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4(SP) (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4(SP). La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales.

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

Paso 4(b) – Hoja de Trabajo para Deducciones *(Guarde para sus archivos).*



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2023 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos **1** \$ _____
- 2 Anote:

}	• \$27,700 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos	} 2 \$ _____
	• \$20,800 si es cabeza de familia		
	• \$13,850 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado		
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote “-0-” **3** \$ _____
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos *IRA* deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040(SP))). Vea la Publicación 505 para más información **4** \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4(SP) **5** \$ _____

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

cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o archivos relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Casado que Presenta una Declaración Conjunta o Cónyuge Sobreviviente que Reúne los Requisitos

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$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 y más	3,140	6,840	10,460	13,160	15,860	18,390	20,890	23,390	25,890	28,390	30,890	33,250

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$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 y más	3,140	6,380	9,010	11,510	14,010	16,510	18,010	19,510	21,010	22,510	24,010	25,330

Cabeza de Familia

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$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 y más	3,140	6,840	9,770	12,430	14,930	17,430	19,930	22,430	24,150	25,650	27,150	28,600

SECTION 5 – TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE'S SUPERVISOR OR MANAGER

Pay Cycle: Weekly Bi-Weekly Semi-Monthly Monthly

Location/Dept. Name: _____

Date of Hire: _____

Job Title: _____

Workers Comp Class Code: _____

special instructions/if any:

Hourly Salary Full Time Part Time

Accurate Time Records Must Be Maintained

Rate of Pay: \$ _____ per _____

Tipped Individual: NO YES

Shift Pay: NO YES Rate: \$ _____ per _____

Piecework: NO YES Rate: \$ _____ per _____

Commissions: NO YES Rate: \$ _____ per _____

***Client Company is responsible for completing, verifying, and maintaining I-9 Form for utilized individual and must be able to timely furnish APP a copy upon request.**

Supervisor, Manger
or Authorized Signature: _____

Title: _____

Date: _____