

SOLICITUD DE EMPLEO / APPLICATION FOR EMPLOYMENT

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO - EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

ESP

EMPLOYEE ID: _____

DATE / FECHA: _____

PERSONAL INFORMATION / INFORMACION PERSONAL

NAME (LAST NAME FIRST) / NOMBRE (APELLIDO PRIMERO):

SOCIAL SECURITY NO. / NO. DE SEGURO SOCIAL:

--	--

PRESENT ADDRESS / DIRECCION ACTUAL:

CITY / CIUDAD:

STATE / ESTADO:

ZIP CODE / CODIGO

POSTAL:

--	--	--	--

PHONE NUMBER / TELEFONO:

CELL PHONE NUMBER / NUMERO DE TELEFONO CELULAR:

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRONICO:

--	--	--

EMPLOYMENT DESIRED / EMPLEO DESEADO

POSITION / PUESTO:

DATE YOU CAN START / FECHA QUE PUEDE EMPEZAR:

SALARY DESIRED / SALARIO DESEADO:

--	--	--

ARE YOU LEGALLY AUTHORIZED TO WORK IN THE U.S.A/ ESTAS AUTORIZADO PARA TRABAJAR EN EE.UU.

YES

NO

ARE YOU EMPLOYED NOW? / TRABAJA ACTUALMENTE?

YES

NO

EVER APPLIED TO THIS COMPANY BEFORE? / HA POSTULADO PARA ESTA COMPAÑIA ANTES?

YES

NO

WHERE? / DONDE?: _____

WHEN? / CUANDO?: _____

EDUCATION / EDUCACION

NAME AND LOCATION OF SCHOOL / NOMBRE Y LUGAR DE ESCUELA	YEARS ATTENDED / AÑOS QUE ASISTIO	DID YOU GRADUATE? / SE GRADUÓ?	SUBJECTS STUDIED / RAMOS ESTUDIADOS
HIGH SCHOOL / ESCUELA SECUNDARIA			
COLLEGE / UNIVERSIDAD			
TRADE, BUSINESS OR CORRESPONDANCE SCHOOL, ESCUELA DE NEGOCIOS O POR CORRESPONDENCIA			

GENERAL INFORMATION / INFORMACION GENERAL

SUBJECTS OF SPECIAL STUDY OR RESEARCH WORK / ESTUDIO ESPECIAL O TRABAJO DE INVESTIGACION:

--

SPECIAL TRAINING / CAPACITACION ESPECIAL:

--

U.S. MILITARY SERVICE / SERVICIO MILITAR (EE.UU):

--

FORMER EMPLOYERS / EMPLEADORES ANTERIORES BEGIN WITH THE MOST RECENT EMPLOYER

DATE, MONTH AND YEAR / FECHA MES Y AÑO	NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER / NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR	POSITION / PUESTO	SALARY / SALARIO	REASON FOR LEAVING / RAZON POR LA SALIDA
FROM / DESDE				
TO / HASTA				
FROM / DESDE				
TO / HASTA				
FROM / DESDE				
TO / HASTA				

EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME:	PHONE NUMBER/ NUMERO DE TELEFONO:
-------	-----------------------------------

REFERENCES / REFERENCIAS

GIVE BELOW THE NAMES OF THREE PERSONS NOT RELATED TO YOU, WHOM YOU HAVE KNOWN AT LEAST ONE YEAR

NAME / NOMBRE	PHONE / TELEFONO	BUSINESS / PROFESIÓN	YEARS KNOWN / AÑOS QUE LO CONOCE

HAVE YOU EVER BEEN CONVICTED OF OR PLEAD GUILTY / NO CONTEST TO A CRIME?

¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONDENADO O SE HA DECLARADO CULPABLE DE ALGÚN DELITO?

YES/ SÍ

NO

IF YES, EXPLAIN / SI ASÍ ES, EXPLIQUE:

(Un antecedente de condena no necesariamente le excluirá de consideración. Esta información se utilizará únicamente para fines relacionados con el trabajo y solo en la medida permitida por la ley.)

AUTHORIZATION / AUTORIZACION

CERTIFICO QUE LOS HECHOS CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y COMPLETOS SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO Y ENTIENDO QUE, SI SOY EMPLEADO, LAS DECLARACIONES FALSAS EN ESTA SOLICITUD SERÁN MOTIVO DE DESPIDO.

AUTORIZO LA INVESTIGACIÓN DE TODAS LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE Y A LAS REFERENCIAS Y EMPLEADORES LISTADOS ANTERIORMENTE A PROPORCIONARLE CUALQUIER Y TODA INFORMACIÓN SOBRE MI EMPLEO PREVIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN RELEVANTE QUE PUEDAN TENER, PERSONAL O DE OTRO TIPO, Y LIBERO A LA EMPRESA DE TODA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER DAÑO QUE PUEDA RESULTAR DEL USO DE DICHA INFORMACIÓN.

TAMBIÉN ENTIENDO Y ACEPTO QUE NINGÚN REPRESENTANTE DE LA EMPRESA TIENE AUTORIDAD PARA CELEBRAR NINGÚN ACUERDO DE EMPLEO POR UN PERIODO DE TIEMPO ESPECÍFICO, O PARA HACER CUALQUIER ACUERDO CONTRARIO A LO ANTERIOR, A MENOS QUE ESTÉ POR ESCRITO Y FIRMADO POR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA EMPRESA.

ESTA RENUNCIA NO PERMITE LA DIVULGACIÓN O EL USO DE INFORMACIÓN MÉDICA O RELACIONADA CON DISCAPACIDAD DE UNA MANERA PROHIBIDA POR LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA) Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES RELEVANTES.

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD HE ACEPTADO EL ACUERDO DE ARBITRAJE DE LA AGENCIA, ASÍ COMO EL CONSENTIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y REFERENCIAS, ASÍ COMO EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DROGAS.

DATE / FECHA: _____

SIGNATURE / FIRMA: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE / NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

INTERVIEWED BY: _____

DATE: _____

REMARKS:

APPROVED 1 _____ 2. _____ 3. _____
 EMPLOYMENT MANAGER DEPARTMENT HEAD GENERAL MANAGER

ACUERDO MUTUO DE ARBITRAJE

ARTÍCULO I: COMPROMISO FUNDAMENTAL

1.1 Propósito.

Este documento (“**Acuerdo**”) registra el compromiso irrevocable de la Agencia de Personal, junto con cada subsidiaria o filial que controle (colectivamente “Agencia”), y del empleado individual que suscribe (“Empleado”, “yo”, “me” o “mi”), de resolver disputas designadas exclusivamente mediante arbitraje privado y vinculante.

1.2 Contraprestación.

Las promesas mutuas expresadas en el presente, incluyendo el empleo continuo o futuro y la compensación correspondiente, constituyen una contraprestación válida y suficiente para respaldar cada pacto establecido a continuación.

ARTÍCULO II: LEY APLICABLE Y PREEMPCIÓN

2.1 Supremacía de la Ley Federal de Arbitraje.

Las partes acuerdan expresamente que la Ley Federal de Arbitraje de los Estados Unidos (“FAA”) rige tanto la interpretación como la ejecución de este Acuerdo. Las partes además estipulan que las operaciones de la Agencia y los servicios del Empleado implican comercio interestatal, colocando así este Acuerdo bajo el ámbito de la FAA.

2.2 Exclusividad de los Principios de la FAA.

En la máxima medida permitida, cualquier norma estatal o local incompatible con la FAA queda desplazada.

ARTÍCULO III: OBLIGACIÓN GENERAL DE ARBITRAR

3.1 Foro Obligatorio.

Todas las controversias arbitrables deberán someterse a arbitraje final y vinculante en lugar de un juicio ante cualquier tribunal civil o jurado. Al consentir a continuación, cada parte renuncia consciente y voluntariamente a cualquier derecho constitucional o legal de litigar ante un juez o jurado.

3.2 Naturaleza Vinculante del Laudo.

La decisión escrita de un árbitro será final y ejecutable, sujeta solo a las disposiciones limitadas de revisión contenidas en la FAA.

ARTÍCULO IV: RECLAMACIONES SUJETAS A ARBITRAJE

4.1 Asuntos Cubiertos.

Excepto lo excluido en el Artículo V, el término “Reclamación Arbitrable” abarca toda disputa, reclamación o causa de acción, sea por contrato, agravio, estatuto, ordenanza, reglamento o derecho común, que surja de o se relacione de cualquier forma con:

- a. Reclutamiento, contratación, asignación, compensación, beneficios, disciplina o separación del Empleado;
- b. Supuestas violaciones de leyes laborales federales, estatales o locales, incluyendo, pero sin limitarse a, leyes de salarios y horas, leyes antidiscriminación, protecciones contra represalias y mandatos de licencias;
- c. La formación, interpretación, aplicación, ejecución o terminación de este Acuerdo o cualquier otra política, manual o contrato de empleo;
- d. La validez, exigibilidad o supuesto incumplimiento de cualquier acuerdo, política o procedimiento entre las partes;
- e. Cualquier reclamación contra actuales o antiguos funcionarios, directores, gerentes, socios, empleados, agentes, patrocinadores de planes, fiduciarios o administradores de la Agencia en sus capacidades representativas, junto con sus sucesores o cesionarios.

ARTÍCULO V: RECLAMACIONES EXPRESAMENTE EXCLUIDAS

5.1 Asuntos No Arbitrables.

Las partes acuerdan que los siguientes asuntos están fuera del alcance del Artículo IV:

- a. Quejas sujetas a un procedimiento de arbitraje negociado colectivamente por separado;
- b. Solicitudes de beneficios de compensación para trabajadores;
- c. Solicitudes de beneficios de seguro de desempleo;

- d. Solicitudes de beneficios de seguro por discapacidad federal o estatal;
- e. Acciones judiciales para obligar al arbitraje, confirmar un laudo u obtener medidas cautelares provisionales en apoyo del arbitraje;
- f. Disputas regidas por un plan de pensiones o beneficios que contenga su propio mecanismo de resolución de disputas;
- g. Causas de acción ya pendientes en otro foro cuando se ejecute este Acuerdo;
- h. Acciones representativas interpuestas conforme a la Ley de Abogados Privados de California (PAGA) o cualquier estatuto de efecto comparable; con la condición de que tales asuntos queden en suspenso hasta que concluya el arbitraje de todas las Reclamaciones Arbitrables; y
- i. Cualquier asunto no expresamente identificado en el Artículo IV.

5.2 Cargos Administrativos.

Nada de lo aquí contenido impide que cualquiera de las partes presente una queja o cargo ante cualquier agencia u oficial gubernamental.

ARTÍCULO VI: RENUNCIA A ACCIONES COLECTIVAS Y DE CLASE

6.1 Requisito de Reclamación Individual.

Todas las Reclamaciones Arbitrables deben presentarse únicamente a título individual. Ninguna parte puede actuar como representante de una clase o colectivo, ni podrá ninguna reclamación ser escuchada en base a clase, colectivo o representativo.

6.2 Reserva de la Ley Nacional de Relaciones Laborales.

Este Artículo no limita ningún derecho que pueda existir bajo la Sección 7 de la Ley Nacional de Relaciones Laborales para participar en actividad concertada protegida.

6.3 Materialidad.

Las obligaciones de este Artículo son términos integrales. Si un tribunal competente declara la renuncia inexigible, cualquier procedimiento colectivo o de clase se llevará a cabo únicamente en los tribunales y no estará sujeto a arbitraje.

ARTÍCULO VII: PROCEDIMIENTO DE ARBITRAJE

7.1 Reglas Aplicables.

El arbitraje se llevará a cabo ante un árbitro neutral conforme a las Reglas de Arbitraje Laboral de la Asociación Americana de Arbitraje (“AAA”) vigentes en la fecha en que se presente la reclamación, salvo que las partes acuerden por escrito sustituir un protocolo alternativo.

7.2 Lugar de la Audiencia.

Salvo acuerdo en contrario, la audiencia se llevará a cabo en el condado donde el Empleado trabajó por última vez cuando surgió la disputa.

7.3 Asuntos Previos a la Audiencia.

El árbitro permitirá descubrimiento razonable, resolverá mociones dispositivas y podrá convocar procedimientos acelerados o telefónicos para reclamaciones que no excedan diez mil dólares estadounidenses, incluyendo honorarios y costos.

7.4 Laudo Escrito.

Se emitirá un laudo fundamentado que indique hallazgos y conclusiones esenciales.

ARTÍCULO VIII: DETERMINACIONES SOBRE ARBITRABILIDAD

8.1 Competencia Exclusiva del Árbitro.

Excepto en cuanto a la exigibilidad del Artículo VI, el árbitro tendrá autoridad exclusiva para decidir disputas sobre la existencia, validez, alcance, interpretación o aplicación de este Acuerdo, incluyendo alegaciones de nulidad total o parcial.

ARTÍCULO IX: HONORARIOS Y COSTOS

9.1 Responsabilidad del Empleador.

En la medida exigida por la ley aplicable, la Agencia pagará la compensación del árbitro y cualquier cargo exclusivo del arbitraje que el Empleado no incurriría en un tribunal.

ARTÍCULO X: PRESERVACIÓN DE MEDIDAS CAUTELARES

10.1 Medidas Provisionales.

Cualquiera de las partes podrá solicitar órdenes de restricción temporales, medidas cautelares preliminares u otras medidas provisionales similares a un tribunal competente para salvaguardar derechos mientras se lleva a cabo el arbitraje.

ARTÍCULO XI: ACUERDO COMPLETO, MODIFICACIÓN Y SUPERVIVENCIA

11.1 Integridad.

Este instrumento contiene el entendimiento completo de las partes sobre arbitraje. Sustituye todas las representaciones orales o escritas previas o contemporáneas sobre el tema.

11.2 Enmienda o Revocación.

Ninguna modificación o rescisión obligará a las partes a menos que se formalice por escrito y sea firmada por el Empleado, el Director Ejecutivo de la Agencia y el Director Ejecutivo de Performance Team.

11.3 Supervivencia.

Todas las disposiciones sobreviven a la terminación del empleo o asignación.

ARTÍCULO XII: DIVISIBILIDAD

12.1 Cláusula de Salvaguardia.

Si algún término de este Acuerdo es declarado inválido, nulo o inexigible, los términos restantes permanecerán en pleno vigor y efecto en la mayor medida permitida por la ley.

ARTÍCULO XIII: RECONOCIMIENTO Y RENUNCIA CONSCIENTE

13.1 Consentimiento Informado.

El Empleado afirma que:

- a. He leído cuidadosamente cada disposición;
- b. Entiendo que al firmar a continuación renuncio al derecho de juicio ante juez o jurado sobre todas las Reclamaciones Arbitrables;
- c. He tenido suficiente oportunidad de consultar a un abogado de mi elección; y
- d. Ejecuto este Acuerdo voluntariamente, sin depender de promesa o representación alguna distinta a las expresamente contenidas en el presente.

13.2 Representación del Empleador.

La Agencia igualmente afirma que celebra este Acuerdo voluntariamente y tiene la intención de estar obligada.

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Firma del Empleado: _____

Nombre en Letra de Molde del Empleado: _____

Fecha: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE AGENCIA DE EMPLEO

SECCIÓN 1: DATOS PERSONALES

ELEMENTO	DETALLES
Agencia	
Número de Empleado	
Residencia Actual	
Número de Seguro Social	
Identificación Alternativa	
Título del Puesto	
Lugar de Trabajo	
Turno Asignado	
Fecha de Compleción	

SECCIÓN 2: AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACIONES DE ANTECEDENTES Y REFERENCIAS

Yo, _____, otorgo a la Agencia y a sus representantes designados permiso completo para realizar una investigación sobre cada aspecto de mis antecedentes. Esta investigación puede incluir, entre otros, la verificación de referencias, evaluación de carácter, revisión de empleos anteriores, obtención de información crediticia de consumo, confirmación de credenciales educativas y examen de registros de antecedentes penales en poder de organismos gubernamentales o depósitos privados. Una fotocopia o facsímil de esta Autorización se considerará tan válida como el documento original.

SECCIÓN 3: CONSENTIMIENTO PARA VERIFICACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Consiento expresamente la confirmación por parte de la Compañía de cada hecho suministrado en mi solicitud de empleo. En caso de que se requieran consentimientos adicionales por escrito para obtener copias de registros pertinentes, acepto firmar dichos documentos como condición previa para el empleo inicial o continuo. Además, autorizo a la Compañía a obtener mi historial médico o cualquier registro médico relacionado conmigo, junto con registros relacionados con dependientes u otras personas que puedan volverse elegibles bajo cualquier plan de salud o seguro patrocinado por la Compañía debido a mi empleo.

En relación con todas las divulgaciones descritas anteriormente, por la presente libero a cada individuo, corporación, institución u otra entidad de cualquier y toda responsabilidad que pudiera surgir por proporcionar información a solicitud de la Compañía bajo esta Autorización. Reconozco que cualquier declaración falsa, omisión o falsificación intencional en mi solicitud o en cualquier documento relacionado con el proceso de contratación constituye causa para la negación del empleo o, si se descubre después de la contratación, terminación inmediata.

Firma: _____

Nombre del Solicitante (en letra de molde): _____

Fecha de Firma: _____

**AGENCIA DE EMPLEO—AUTORIZACIÓN PARA PRUEBAS DE DETECCIÓN DE
DROGAS Y ALCOHOL**

A. Identificación del Empleado

ELEMENTO	INFORMACIÓN
Agencia	
ID del Empleado	
Puesto	
Lugar de Trabajo	
Turno Asignado	
Fecha de Compleción	

B. Consentimiento Voluntario para Pruebas

Yo, _____, autorizo libre y conscientemente a mi empleador, _____, junto con cualquier laboratorio que designe, a realizar los exámenes analíticos que considere necesarios, de forma continua, para determinar si las siguientes sustancias están presentes o ausentes en mi organismo:

1. Alcohol etílico
2. Drogas controladas de la Lista A (por ejemplo, heroína o cocaína)
3. Drogas controladas de la Lista B (por ejemplo, cannabis o anfetaminas)

Las pruebas pueden realizarse mediante orina, cabello, sangre, aliento u otra muestra permitida por los estatutos y regulaciones aplicables.

C. Divulgación de Resultados

Autorizo al laboratorio a entregar los resultados de las pruebas y los datos médicos relacionados a mi empleador conforme a la ley vigente, con la limitación de que dichos resultados no se utilicen en ningún proceso penal.

D. Verificación de Medicación Recetada

Si mi empleador solicita confirmación de que una sustancia controlada detectada se está tomando bajo una receta legal emitida a mi nombre, acepto proporcionar la prueba requerida dentro de setenta y dos horas.

E. Derecho a un Reanálisis Independiente

Si alguna muestra arroja un resultado positivo de drogas, puedo solicitar que la muestra original sea reexaminada en un laboratorio autorizado de mi elección. Esta solicitud debe realizarse dentro de los diez días laborables posteriores a que reciba el aviso del resultado positivo inicial. La autoridad designada del laboratorio seleccionado enviará los nuevos resultados directamente a mí.

F. Reconocimiento de Posibles Medidas Disciplinarias

Entiendo que cualquier resultado positivo, negativa a firmar esta autorización, negativa a someterse a pruebas o falta de entrega de una muestra puede dar lugar a medidas disciplinarias, incluyendo el despido, según lo permitan las leyes locales, estatales y federales, así como la política de la empresa.

Firma del Empleado: _____

Nombre del Empleado en Letra de Molde: _____

Fecha: _____.

POLÍTICA DE CALIFORNIA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, EL ACOSO Y LA REPRESALIA

RECIBO Y RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

1. NUESTRA PROMESA EN EL LUGAR DE TRABAJO

La Agencia está dedicada a proporcionar a cada empleado un ambiente profesional completamente libre de discriminación, acoso o represalia ilegales, referidos en este documento como “Conducta Inapropiada.”

2. PROTECCIÓN LEGAL BAJO LA LEY DE EMPLEO Y VIVIENDA JUSTA

La Ley de Empleo y Vivienda Justa de California (FEHA) prohíbe estrictamente la Conducta Inapropiada por parte de supervisores, gerentes, compañeros de trabajo, clientes, proveedores o cualquier otro tercero cuando se base en cualquiera de las características protegidas enumeradas a continuación:

Características Protegidas: Edad; Ancestría; Color; Género; Expresión de Género; Identidad de Género; Información Genética; Estado Civil; Condición Médica; Discapacidad Mental; Estatus Militar o de Veterano; Origen Nacional; Discapacidad Física; Raza; Credo Religioso; Sexo; Orientación Sexual

3. SI EXPERIMENTA O OBSERVA CONDUCTA INAPROPIADA

Solo podemos abordar problemas que conocemos, por lo que es esencial un reporte oportuno.

Cómo Reportar

1. Llame a la Agencia al _____. Si la llamada no es contestada, deje un mensaje de voz detallado y un miembro del Equipo de Investigación responderá.
2. Pida en su oficina de sucursal el nombre y los datos de contacto del miembro del Equipo de Investigación asignado a su ubicación.
3. También puede comunicarse con cualquiera de las siguientes agencias gubernamentales:
 - a) Departamento de Empleo y Vivienda Justa de California
 - b) Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos

4. QUÉ SUCEDERÁ DESPUÉS DE UN REPORTE

- a) **Confidencialidad:** La información se compartirá solo con las personas que deban conocer los hechos para investigar y resolver el asunto.
- b) **Investigación:** Una investigación justa, oportuna y exhaustiva será realizada por personal calificado e imparcial, y el proceso será documentado.
- c) **Comunicación:** Recibirá actualizaciones periódicas hasta que finalice la investigación.
- d) **Revisión de Conclusión:** Cuando la investigación termine, los hallazgos le serán explicados y tendrá tres días hábiles para agregar comentarios o información adicional.
- e) **Resolución:** Si se confirma la Conducta Inapropiada, la Agencia tomará medidas correctivas apropiadas.
- f) **Protección Contra Represalias:** No se tomará ninguna acción adversa contra quien reporte Conducta Inapropiada sospechosa o coopere en una investigación.

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Confirmando que he recibido, leído y entendido la Política de California Contra la Discriminación, el Acoso y la Represalia y los procedimientos para reportar y corregir la Conducta Inapropiada.

Firma del Empleado: _____

Nombre del Empleado en Letra de Molde: _____

Fecha: _____

Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
Give Form W-4 to your employer.
 Your withholding is subject to review by the IRS.

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) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

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)



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security

U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
OMB No.1615-0047
Expires 05/31/2027

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	
<p>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.</p>		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
		<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States				
		<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)				
		<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)				
<input type="checkbox"/> 4. An alien 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)	<p>Additional Information</p> <p>Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.</p>				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					

<p>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.</p>		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.