



Paquete para Nuevo Empleado

Empleador del lugar de empleo (Cliente): No. de Cliente:

Lugar del trabajo:

Estado del trabajo:

Nota: ***Se requiere notificación de 45 días para un nuevo lugar/estado ***

Por favor complete este paquete solamente DESPUÉS de haber aceptado una oferta de empleo del Empleador (de su lugar de empleo). ¡Bienvenido a Key HR! El Empleador (de su lugar de empleo) ha entablado una relación con Key HR para que le brinde algunos servicios administrativos que por lo general incluyen: la preparación de su cheque de pago, gestión de las enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo que usted sufra a través de su programa de indemnización laboral (compensación al trabajador), servicios de apoyo de recursos humanos y ciertos beneficios optativos. Su Empleador (del lugar de empleo) continuará dirigiendo y controlando el día a día de su empleo, lo cual incluye pero no se limita a: políticas, procedimientos, tarifa de pago y horas de trabajo. Instrucciones para el Empleado: Complete todas las secciones marcadas, firme y devuelva el paquete a su Supervisor (del lugar de empleo) sin demora.

Instrucciones para el Empleador (de su lugar de empleo):

1. Complete todas las secciones marcadas en **ROJO**: Página 1(a) y Página 4(b) – Sección 2 “Revisión y Verificación del Empleador o su Representante Autorizado”;
2. Verifique que el empleado ha completado el paquete, incluidas las firmas en todos los formularios y confirmaciones;
3. Envíe desde la Página 1(a) hasta la 6 al Especialista en Nóminas (Payroll) de Key HR por correo electrónico a payroll@keyhro.com y
4. Guarde el Paquete para Nuevo Empleado original en sus archivos. Nota: Las Páginas 3(a) 3(b), 5 y 6 deben guardarse separadas del expediente personal.

Nombre (Por favor, escriba su nombre con letras mayúsculas según aparece en su Tarjeta del Seguro Social): Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____			Estado marital (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado		
¿Es este su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no	¿Cuál es su nombre legal? (Nombre anterior): _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
No. del Seguro Social: _____	No. de teléfono: _____	Correo electrónico: _____			
Domicilio, Calle: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____		
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de un amigo o pariente local (que no viva en el mismo domicilio): _____		Relación con el paciente: _____	No. de teléfono de la casa: _____	No. de teléfono del trabajo: _____	

PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADOR DEL LUGAR DE TRABAJO (CLIENTE)					
Fecha de inicio en Key HR: _____	Fecha de contratación con el cliente: _____	Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> De temporada <input type="checkbox"/> Temporero			
Tarifa de pago primaria: _____	Tarifa de pago secundaria: _____	Método de pago: <input type="checkbox"/> Horas estándar a la semana <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> A comisión	Propinas: _____		
Clasificación del Trabajo EEO (marque la clasificación que mejor describa el puesto):					
<input type="checkbox"/> 1.1 Gerentes y Directivos de Nivel Ejecutivo/Alto		<input type="checkbox"/> 2 Profesionales		<input type="checkbox"/> 6 Trabajadores Manuales (especializados)	
<input type="checkbox"/> 1.2 Gerentes y Directivos de Primer Nivel/Medio.		<input type="checkbox"/> 3 Técnicos		<input type="checkbox"/> 7 Operadores (semiespecializados)	
		<input type="checkbox"/> 4 Ventas		<input type="checkbox"/> 8 Obreros (no especializados)	
		<input type="checkbox"/> 5 Personal de Oficina		<input type="checkbox"/> 9 Trabajadores de Servicio	
Cargo: _____	Código de I/L: _____	Código del lugar: _____			
Código del departamento: _____	División: _____	Centro del Proyecto/Costo: _____			
Firma autorizada _____	Cargo _____	Fecha _____			



Autorización y Confirmación del Empleo

Empleo: Entiendo que el Empleador (de mi lugar de empleo) tiene un Acuerdo con Key HR o una compañía afiliada ("KEY") por el cual KEY se compromete a proporcionarnos a mí y a mi Empleador (del lugar de empleo) ciertos servicios relacionado con el empleo específicamente identificados. Entiendo que mi Empleador (del lugar de empleo) seguirá gestionando, dirigiendo y controlando las actividades del día a día, y que yo continúo siendo un empleado contratado a voluntad. El empleo es a prueba durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de la contratación.

Confirmación/Aviso Legal sobre el Estatus Laboral: Comprendo que NO se me considerará empleado de KEY para ningún propósito hasta que se hayan COMPLETADO totalmente el Paquete para Nuevo Empleado y demás documentación requerida y KEY los haya RECIBIDO.

Honorarios: Reconozco que mi Empleador (del lugar de empleo) es el responsable de pagar mis honorarios. En el evento de que mi Empleador (del lugar de empleo) no pague a KEY por los servicios que yo hubiera prestado a mi Empleador (del lugar de empleo) durante un periodo de pago particular, KEY podría dar por terminado el Acuerdo con el Empleador (del lugar de empleo), sin tener más obligación para conmigo ni para con mi Empleador (del lugar de empleo). Si el Acuerdo con el Empleador (del lugar de empleo) continuara en vigor, KEY podría terminar mi empleo sin tener más obligaciones, o podría decidir pagarme por ese periodo de pago no más de la tarifa de salario mínimo de aquel momento, así como mis horas extraordinarias aplicables basándose en dicho salario mínimo para ese periodo de pago, tal y como lo permita la ley. Entiendo que mi Empleador (del lugar de empleo) retiene en último término la obligación de abonarme cualquier honorario no pagado que se me debiera. En el evento de que el Empleador (del lugar de empleo) se declarara en bancarrota debiéndose a KEY el dinero correspondiente al pago de mis honorarios, por la presente concedo a KEY cualquiera y todos los derechos que me correspondan para hacer valer una reivindicación salarial prioritaria en el proceso de bancarrota. También autorizo a KEY y a sus afiliados a que inicien cualquier ajuste en los salarios futuros de cualquier entrada en las que hubiera algún error.

Desempleo: Por la presente me comprometo a notificar a KEY en el caso de que renuncie o sea despedido por mi Empleador (del lugar de empleo) dentro de las 48 horas para una posible reasignación, independientemente del motivo por el que la renuncia o el despido ocurra, y entiendo que mis beneficios por desempleo podrían ser denegados si yo no notificara.

Seguridad/Lesiones: Me comprometo a informar inmediatamente a KEY y a mi Empleador (del lugar de empleo) de cualquier accidente o lesión que sufriera mientras esté trabajando o mientras me encuentre en el local o las instalaciones del Empleador (del lugar de empleo). Así mismo, me comprometo a seguir todas las reglas de seguridad y reglamentos establecidos por KEY o por mi Empleador (del lugar de empleo) y entiendo que de no hacerlo podría alterar cualquier beneficio de indemnización laboral que se me brindara. En reconocimiento del hecho de que cualquier lesión relacionada con el trabajo que pudiera sufrir yo está cubierta por las leyes estatales de Indemnización Laboral, y para evitar eludir estas leyes estatales lo cual podría resultar en demandas contra los clientes de KEY basadas en las mismas lesión o lesiones, y en lo que permite la ley, por la presente renuncio y abandono para siempre cualquier derecho que tuviera a reclamar o demandar contra cualquier cliente de KEY por daños y perjuicios con base a las lesiones que estuvieran cubiertas por dichas leyes estatales de Indemnización Laboral.

Pruebas de Drogas: Entiendo que KEY o mi Empleador (del lugar de empleo) pueden tener ahora o pueden establecer un lugar de trabajo libre de drogas y pueden tener un programa de pruebas de uso de alcohol y drogas que sea congruente con cualquier ley federal, estatal o local aplicable. Entiendo que, según las políticas del Empleador (del lugar de empleo) y las leyes federales, estatales o locales, como condición para contratarme o continuar mi empleo, se me puede pedir que me someta a un análisis de orina y/o de sangre o a otra prueba, con reconocimiento en el ámbito médico, diseñada para detectar la presencia de alcohol o de drogas reguladas. También entiendo que puede pedírseme que me someta a las pruebas de uso de alcohol y/o drogas antes de cualquier tratamiento por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Entiendo que una negativa a someterme a la prueba del uso del alcohol y/o drogas puede considerarse como un resultado positivo en dicha prueba y/o ser motivo de despido.

Investigación de Antecedentes: Entiendo que toda la información contenida en este Paquete para Nuevo Empleado está sujeta a verificación. En el caso de que mi Empleador (del lugar de empleo) requiriera una investigación de mis antecedentes y una verificación de crédito completas, autorizo y doy consentimiento, en la medida permitida por la ley federal, estatal y local para que mi Empleador (del lugar de empleo), KEY o su(s) agente(s) respectivo(s) puedan obtener información, incluida pero no limitada a, informes de vehículos de motor (expediente de conducción), historia crediticia, referencias laborales o educativas, antecedentes penales, y cualquier otra información concerniente a mí.

Deber de Notificar el Acoso: KEY no tolera ni tolerará ningún acoso o discriminación contra los empleados, solicitantes, clientes o vendedores. Se prohíbe estrictamente a todos los empleados de KEY el realizar cualquier tipo de acoso y/o conducta discriminatoria. Si usted piensa que está siendo acosado o discriminado por otro empleado, gerente, cliente o vendedor, debe notificarlo prontamente al Presidente del Empleador (del lugar de empleo) y al Departamento de Recursos Humanos de KEY, 6959 University Blvd, Winter Park FL 32792; teléfono 800.922.4133; fax 800.955.8144, en cuyo momento se llevará a cabo una investigación discreta y metódica. Se tomarán medidas inmediatamente para detener cualquier comportamiento no apropiado. Cuando sea apropiado, se tomará acción disciplinaria contra el infractor(es) que puede llegar hasta la terminación de empleo. Si en cualquier momento durante mi empleo, sufro discriminación de cualquier tipo, incluidas pero no limitadas a discriminación por motivo de raza, sexo, incluso del mismo sexo, orientación sexual, embarazo, edad, religión, color, condición de militar, condición de veterano, origen nacional, ciudadanía, impedimento, discapacidad o estado marital, o si sufro cualquier tipo de acoso, incluido pero no limitado al acoso sexual o a cualquier otro tipo de tratamiento que yo considere injusto o inapropiado, me comprometo a contactar inmediatamente al Presidente del Empleador (del lugar de empleo) y al Departamento de Recursos Humanos de KEY, teléfono 800.922.4133, para obtener asistencia en la resolución de dichos asuntos.

Autorización: Autorizo a cualquier parte o agencia contactada por mi Empleador (del lugar de empleo), a KEY o a sus respectivos agentes, para que proporcionen la información que se les solicite. Comprendo que se me puede exigir que complete otras autorizaciones para que mi Empleador (del lugar de empleo) o sus agentes investiguen todas las declaraciones contenidas en este u otros documentos relacionados con el trabajo. Por la presente, abandono, libero y eximo de toda responsabilidad, hasta el nivel permitido por las leyes federales, estatales o locales, a mi Empleador (del lugar de empleo), KEY, su(s) respectivo(s) agente(s), y cualquier parte que divulgue información a ellos, de acuerdo con esta autorización, de cualquier responsabilidad civil, reclamación, cargo o causa de acción que pudiera resultar de la obtención, entrega o divulgación de la información solicitada

CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

Por la presente, certifico que toda la información que contiene este Paquete para Nuevo Empleado o cualquier otra solicitud, hoja de vida o documento que haya proporcionado a mi Empleador (del lugar de empleo) o a KEY es verdadero, correcto y completo, y que los he proporcionado a sabiendas y de forma voluntaria. Entiendo que proporcionar cualquier información falsa, incorrecta o incompleta puede resultar en una acción disciplinaria, hasta el punto de la terminación de mi empleo.

Firma del empleado

No. del Seguro Social

Nombre en letras mayúsculas

Fecha



Depósito Directo / Pago por Tarjeta

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO/PAGO POR TARJETA

Formulario inicial Formulario de cambio

Nombre del empleado

No. del Seguro Social

Nombre del cliente

MI ELECCIÓN ES DEPÓSITO DIRECTO

Entiendo que puede tomar de dos a tres semanas para que comience.

Por la presente, autorizo a KEY y/o a sus entidades afiliadas (de aquí en adelante son referidas colectivamente como "KEY") a que inicien entradas de crédito e inicien, de haberlas, entradas de débito o ajustes por cualquier entrada incorrecta en mi cuenta en el depositario abajo nombrado. Entiendo que las transacciones hechas a mi cuenta pueden sufrir demoras. Estas demoras pueden ser causadas por motivos que están fuera del control de KEY, incluidos, pero no limitados a: retrasos en la transacción en sí, Sistema de Reserva Federal y/o cambios bancarios (p. ej. Números de ruta, etc.) Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta que KEY reciba notificación escrita o electrónica de mi parte con cualquier cambio. Reconozco que, por motivos administrativos, KEY puede decidir usar esta autorización o puede expedir un cheque en papel a su sola discreción. Se debe conceder un tiempo razonable a KEY para procesar cualquier cambio.

Nombre del Banco:

Cuenta corriente
 Cuenta de ahorros

Cantidad (si no completa):

Número de cuenta:

Número de ruta ACH

Nombre del Banco (Optativo):

Cuenta corriente
 Cuenta de ahorros

Cantidad (si no completa):

Número de cuenta:

Número de ruta ACH

Firma del empleado

Fecha

Se debe adjuntar un cheque nulo o documentación de su Institución financiera para que se procese la solicitud.

MI ELECCIÓN ES PAGO POR TARJETA (Puede tardar de dos a tres semanas para comenzar)

Número de tarjeta KeyHR (ID del Cliente:)

Número de ruta ACH

Todos los demás números de tarjetas de pago

Número de ruta ACH

Al proporcionar la información solicitada anteriormente y firmar abajo, por la presente, escojo y doy consentimiento para recibir mis honorarios, incluidos, pero no limitados a los pagos fuera de ciclo y los pagos de honorarios tras el despido, por transferencia electrónica a una tarjeta de pago. Además, al límite permitido por la ley aplicable, por la presente, autorizo a KEY HR para que realice todos mis depósitos y ajustes a los depósitos, incluidos aquellos pagos fuera de ciclo y pagos de honorarios tras el despido, y autorizo al banco donde están los fondos depositados a que acepte estos depósitos y realice dichos ajustes. Reconozco que he recibido copia de los términos, tarifas asociadas con el uso de la tarjeta de pago. Esta autorización a favor de KEY HR permanecerá en efecto hasta catorce (14) días después de que yo de fin a mi autorización.

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

Nombre del empleado:

No. Seguro Social:

Fecha de nacimiento:

Domicilio, Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Firma del empleado

Fecha



Identificación EEO Voluntaria

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Varias agencias del Gobierno de los EE.UU. exigen que los empleadores mantengan información de los solicitantes pertinente a aspectos como raza, sexo y tipo de puesto que solicita el individuo. La información solicitada en esta página tiene como fin el cumplimiento de ciertos requisitos de documentación. KEY HR y su Empleador (del lugar de empleo) creen que todas las personas tienen derecho a igualdad de oportunidades de empleo y no discriminan contra sus empleados o solicitantes de empleo por motivo de raza, color, sexo, religión, origen nacional, discapacidad, condición de veterano, edad, estado marital, ni ningún otro estatus de grupo protegido.

Nombre completo: Fecha:

Puesto que solicita: No. Seguro Social: Sexo: Fecha de nacimiento:
 V M

- Raza/datos étnicos (escoja una categoría):
- Blanco (No hispano)** - Originario de Europa, Norte de África o el Medio Oriente
 - Asiático (No hispano)** - Originario del Lejano Oriente, Sudeste de Asia o el Subcontinente Indio
 - Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico** - Originario de Hawái, Guam, Samoa o cualquier otra Isla del Pacífico
 - Negro o Afroamericano (No hispano)** - Originario de cualquiera de los grupos raciales negros de África
 - Hispano o Latino** - Mexicano, Cubano, Puertorriqueño Centroamericano, Sudamericano o Centroamericano, o de cualquier otro país de origen español sin importar la raza
 - Indio Americano o Nativo de Alaska** - Originario de América del Norte y del Sur (incluida América Central), que mantiene afiliación tribal o adhesión a la comunidad
 - Dos o más razas (No hispano)** - Todas las personas que se identifican con más de una de de las razas anteriores

Los reglamentos establecidos por el Departamento de Trabajo de los EE.UU. en materia de personas discapacitadas, veteranos discapacitados y veteranos de la Era del Vietnam exigen que los contratistas federales brinden la oportunidad de que se autoidentifiquen como tales los candidatos que buscan empleo. Dicha autoidentificación se realiza de forma voluntaria, para ser usada de acuerdo con los reglamentos y sin que se someta al individuo a tratamiento adverso.

Clasificación(es) de Discapacidad/Veterano: Veterano especial discapacitado - discapacidad del 30% o más Veterano de la Era del Vietnam Otro veterano elegible Persona con discapacidad

PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADOR CONTRATANTE (CLIENTE)

Marque aquí, si el empleado ha escogido no completar este formulario y el Empleador (del lugar de empleo) (Cliente) lo ha completado por identificación visual como exige la ley.



Cuestionario de Historial de Salud Personal

INFORMACIÓN PERSONAL

Las leyes federales y estatales aplicables prohíben la discriminación basada en la discapacidad o haber presentado reclamación previa de indemnización laboral o haber tomado baja por causas médicas a las que usted tuviera derecho. Este cuestionario de historial de salud personal se mantendrá en un archivo separado de su expediente de empleo. Cualquier declaración falsa, equívoca o que oculte información para asegurarse la consecución del empleo son motivos suficientes para el despido. Encierre en un círculo el SÍ o el NO si usted ha sido o está siendo tratado en la actualidad por un proveedor de servicios de salud, O si usted lo fue en el pasado, o si ha sido tratado por un proveedor de servicios de salud, por cualquiera de los siguientes motivos: De responder "Sí" a cualquier pregunta, proporcione detalles, incluidas la duración de la dolencia, fechas de tratamiento, restricciones laborales o nivel de impedimento (de haberlo) y el resultado. Por favor use hojas de papel adicionales de ser necesario para contestar por completo a cada pregunta.

- Sí No 1. Diagnóstico o cirugía del túnel carpiano Detalles:
- Sí No 2. Enfermedad de corazón o ataque cardíaco Detalles:
- Sí No 3. Problemas de huesos o coyunturas, p. ej. rodilla/hombro Detalles:
- Sí No 4. Mareos, desmayos o dolores de cabeza frecuentes Detalles:
- Sí No 5. Depresión/Trastorno nervioso/Enfermedad mental Detalles:
- Sí No 6. Dolencia/Lesión en el cuello o espalda Detalles:
- Sí No 7. ¿Le han operado de algo alguna vez? Detalles:
- Sí No 8. ¿Tiene alguna limitación física que reduzca o limite su capacidad para realizar cualquier tarea relacionada con el trabajo? Detalles:
- Sí No 9. ¿Ha tenido usted alguna vez una reclamación de indemnización laboral por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo? Detalles:
- Sí No 10. ¿Ha tenido usted algún problema médico, enfermedad o dolencia que le hizo tener que ausentarse del trabajo o no poder realizar las funciones esenciales de su trabajo durante más de siete días de trabajo consecutivos? Detalles:

¿Ha tenido o le han tratado alguna vez por razón de alguna de las siguientes enfermedades?

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

Firma del empleado

No. Seguro Social

Nombre en letras mayúsculas

Fecha



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Employer Completes Next Page



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

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

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Employee's Withholding Certificate

2021

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

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

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the estimator at www.irs.gov/W4App, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

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

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **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 accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld ▶

TIP: To be accurate, submit a 2021 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

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 Dependents	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 and 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)