



Si usted está regresando como proveedor de IHSS, por favor contáctese con el Centro de Asistencia para Proveedores Independientes (IPAC) al 415-557-6200 o [ihsspayoutunits@sfgov.org](mailto:ihsspayoutunits@sfgov.org) antes de seguir estos pasos.

1

 **REGISTRESE EN LINEA**

- Acceda a: [sfipenroll.org](http://sfipenroll.org) o [www.sfhsa.org/ihssprovider](http://www.sfhsa.org/ihssprovider)
  - Regístrese\*
  - Mire los videos
  - Firme electrónicamente SOC 426 & SOC 846
  - Programe una cita de orientación

\*IMPORTANTE: Anote su nombre de usuario, su contraseña y las respuestas de las preguntas de seguridad. El Sistema distingue mayúsculas de minúsculas, necesitará esta información para mirar los videos.

2

 **PREPARE LOS DOCUMENTOS PARA LA ORIENTACIÓN**

- Dirección de correo electrónico activa con contraseña
- Identificación válida con fotografía emitida por el gobierno estatal o federal de los Estados Unidos\*\*
- Tarjeta del Seguro Social original\*\*
- Autorización de trabajo (se requiere únicamente si en su tarjeta del Seguro Social se indica "Válida para trabajar solamente con autorización del DHS o el INS")
- Complete con su beneficiario el formulario de "Designación del Proveedor" (SOC 426A).\*\*\*  
Para solicitar el formulario, llame al 415-557-6200 / [www.sfhsa.org](http://www.sfhsa.org)

\*\*El nombre que figura en la tarjeta de identificación debe coincidir con el de la tarjeta del Seguro Social; no se aceptan fotocopias.  
\*\*\*Si necesita un beneficiario y quiere anotarse en la Lista de Registro de Proveedores, comuníquese con la Autoridad Pública de San Francisco (San Francisco Public Authority) llamando al 415-243-4477.

3

 **ASISTA A LA ORIENTACIÓN EN 77 OTIS STREET** (Prepárese para estar 1 a 2 horas)

- Traiga los documentos que se describen arriba en el Paso 2.
- Llegue 15 minutos antes de la hora de la cita.
- Reciba el formulario de LiveScan para las huellas dactilares.

4

 **VERIFICACION DE ANTECEDENTES**

- Lleve el formulario de LiveScan a un proveedor para que complete la verificación de antecedentes.
- Conserve una copia del formulario de LiveScan y del recibo de pago\*

\*El resultado de la verificación de antecedentes se enviará de manera automática a IHSS.

5

 **HOJAS DE TIEMPO – Una vez que su verificación de antecedentes ha sido aprobada significa que usted es un proveedor activo.**

- Para recibir su pago, regístrese en las hojas de tiempo electrónicas en [www.etimesheets.ihss.ca.gov](http://www.etimesheets.ihss.ca.gov)

?

**Necesita ayuda o tiene preguntas? 415-557-6200 o [ihsspayoutunits@sfgov.org](mailto:ihsspayoutunits@sfgov.org)**



**Programa del Banco de San Francisco:** [www.bankonsf.org](http://www.bankonsf.org) (Ayuda para abrir cuenta de banco)

**IHSS Autoridad Pública (San Francisco)**

832 Folsom Street, 9<sup>th</sup> Floor, San Francisco, CA 94107

(415)-243-4477 or [www.sfihsdpa.org](http://www.sfihsdpa.org)

**Beneficios de salud:** 415-593-8125

**Centro de Capacitación**

1035 Market St. L-1, San Francisco, CA 94103

415-255-2079 or [www.homebridgeca.org](http://www.homebridgeca.org)

**HOJAS DE TIEMPO ELECTRONICAS** <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>

Para asistencia, por favor llame al servicio de ayuda de hojas de tiempo: 1-866-376-7066

**UNION PARA PROVEEDORES SEIU 2015**

Oficina: 1645 California Street, San Francisco, CA 94109

1-855-810-2015

**Información relacionada a Taxes : Visite a un profesional de Taxes para asistencia en el llenado de las formas de TAXES.**

- Para taxes Federales forma W4.
- Para taxes CA State forma DE-4.
- Para proveedores que residen junto con el beneficiario:
  - Forma SOC2298 (Certificado que residen juntos) para excepción de taxes Federal/State
  - (Live-in Self-Certification Cancellation) Forma SOC 2299 para cancelación

**OFICINA PARA REPORTAR ABUSO:**

Para adultos: 415-355-6700 o Para niños: 800-856-5533

Fraude de MEDI-CAL : 1-888-717-3202 o [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)

Fraude en los programas de la Agencia de los Servicios Sociales de San Francisco 415-557-5771



# Guía para suscribirse a la planilla electronica de IHSS

Portal de Servicio Electrónico (ESP en Inglés)  
(Para Proveedores y Beneficiarios)

## Requisitos:

- Prepare la siguiente información:
  - Mi correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - Mi número de proveedor ó de beneficiario: \_\_\_\_\_
  - Los últimos 4-dígitos de mi Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_
- Ir a [www.etimesheets.ihss.ca.gov](http://www.etimesheets.ihss.ca.gov) usando una computadora ó teléfono inteligente.
- Registrarse utilizando la información de arriba; crear un nombre de usuario, contraseña y seleccionar 3 preguntas de seguridad:
  - Nombre del usuario \_\_\_\_\_
  - Contraseña \_\_\_\_\_
  - Preguntas y respuestas de seguridad:
    1. \_\_\_\_\_
    2. \_\_\_\_\_
    3. \_\_\_\_\_
- Revise su correo electrónico para confirmar y finalizar el registro de la Planilla Electrónica.
- Ya que mi beneficiario ó proveedor también tienen que inscribirse, yo:
  - Voy a recordarle que se registre el (Fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ♦ Visite el sitio web del Estado de California para obtener más instrucciones y actualizaciones.
- ♦ Los proveedores pueden usar depósito directo para pagos más rápidos.

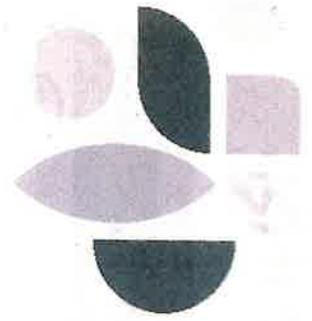
## Requisitos:

- Antes de comenzar necesito:
  - Mi número de Proveedor ó Beneficiario: \_\_\_\_\_
  - Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  - Mi código de 6 dígitos del Registro de Estado : \_\_\_\_\_  
SI NO TIENE EL CÓDIGO DE REGISTRO, CONTACTE A LA OFICINA DE SERVICIO DE IHSS LLAMANDO AL (866) 376-7066 PARA SER ASISTIDO DURANTE HORAS DE TRABAJO.
- Llámeme al (833) 342-5388 para registrarse al TTS
- Ingrese la siguiente información en su teléfono:
  - Número de caso ó de proveedor, fecha de nacimiento, código de registro \_\_\_\_\_
  - Código de acceso de 4 dígitos de mi elección: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
- Ya que mi beneficiario ó proveedor también tienen que inscribirse, yo:
  - Voy a recordarle registrarse el (Fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ♦ Después de que ambos, Beneficiario y Proveedor, estén inscritos en TTS y / ó ESP, entonces:
  - Los proveedores pueden entrar las horas trabajadas de cada día ó de días anteriores llamando al (833) 342-5388 en horas de trabajo.
  - El sistema TTS llamará automáticamente a los beneficiarios después de que el proveedor someta las horas trabajadas a través de TTS ó ESP. Los beneficiarios pueden llamar a la línea del TTS al (833) 342-5388 durante horas de trabajo para revisar, aprobar ó rechazar la planilla.
- ♦ Visite el sitio web del Estado de California para obtener más instrucciones y actualizaciones.

## Sistema de Planilla Telefónica (TTS en Inglés)

Para Proveedores y Beneficiarios, en vez del Portal de Servicio Electrónico





# Recibe tu pago más Rápido!

## Apuntate para depósito directo ahora!

La ley estatal requiere que todos los proveedores de In-Home Supportive Services (IHSS) se inscriban para recibir depósito directo por cada recipiente para el 1 de Julio, 2022.

### Dos pasos simples para obtener depósito directo:

#### 1er Paso Seleccione el método de pago

**Banco:** Usted necesita la información de su banco: numeros de ruta y de cuenta.

O

**Tarjeta de Pago:** Necesitará la información de sus tarjeta de pago: números de ruta y de su cuenta. Usted puede adquirir una tarjeta de pago por parte de alguna de las companies sugeridas por el estado ó en su tienda local.\*

#### 2do Paso Regístrate

**En línea:** 1. Entra al Portal de tu planilla electrónica (IHSS Electronic Services Portal)

[www.etimesheets.ihss.ca.gov](http://www.etimesheets.ihss.ca.gov)

2. Debes inscribirte para depósito directo *por cada recipient*
3. Ve a Financial tab > Direct Deposit Entry por *cada recipiente*

O

**Mail:** Complete y envíe por correo el Documento del Depósito Directo para Proveedores (SOC 829) adjunto por *cada recipiente*.

Dirección:

**Provider Forms Processing Center**

**P.O. Box 1697, West Sacramento, CA 95691-6697**

\*En Junio 7, 2021, el Estado notificó a todos los Proveedores de IHSS a cerca de éste nuevo requerimiento sobre el depósito directo a travez de una carta que incluyó una lista de compañías de tarjetas de pago.

Visíte: [www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss-providers/resources/direct-deposit](http://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss-providers/resources/direct-deposit)  
para una copia de la carta y más información.

### Necesita ayuda?

Lláma al: (866) 376-7066 or (415) 557-6200  
De Lunes-Viernes de 8am-5pm



## PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) DESIGNACIÓN DE UN PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO

### INSTRUCCIONES:

- Use tinta negra o azul. Escriba claramente la información con letra de molde.
- Usted (o su representante autorizado) tiene que completar la PARTE A de este formulario para comunicarle al Condado a quién usted ha elegido para que le proporcione sus servicios.
- Si usted tiene más de un proveedor, tiene que llenar un formulario por separado para cada persona que le proporcionará los servicios autorizados.
- Usted tiene que firmar la confirmación en la PARTE C de este formulario.
- Por favor devuelva al Condado este formulario completado y firmado. El Condado se quedará con el formulario original y le dará una copia a usted.

### PARTE A. DESIGNACIÓN DEL PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO

1. Nombre del beneficiario:	
2. Número del caso de IHSS del Condado:	
3. Nombre del proveedor:	
4. Dirección del proveedor:	
Ciudad, estado, código postal:	
5. Número de teléfono del proveedor:	
6. Fecha de nacimiento del proveedor:	
7. Número de Seguro Social* del proveedor:	
8. Sexo del proveedor (marque la casilla):	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
9. Relación/parentesco del proveedor con el beneficiario (si hay alguna):	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa(o)/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Curador legal <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otra: _____
10. Fecha en que va a empezar el proveedor:	

\*NOTA: El Decreto de 1986 sobre la Reforma y el Control de la Inmigración, Ley Pública 99-603 (1324a del Código 8 de los Estados Unidos), requiere que se proporcione el número de Seguro Social con el propósito de verificar la identidad de la persona y su autorización para trabajar en los Estados Unidos.

Yo elijo a la persona mencionada arriba para que sea mi proveedor de IHSS. Esta persona proporcionará algunos o todos los servicios autorizados por el Condado.

**PARTE B. ACUERDO DEL BENEFICIARIO****ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE:**

- A la persona que he elegido para que sea mi proveedor no se le puede pagar con fondos federales y/o estatales por proporcionar servicios para mí hasta que él/ella complete los requisitos de inscripción. Estos requisitos incluyen: completar, firmar, y devolver (en persona) el “Formulario de inscripción para proveedores” (SOC 426), presentar las huellas digitales y recibir aprobación sobre delitos que descalifican por medio de una revisión de antecedentes penales, completar una orientación para proveedores, y firmar y devolver el “Acuerdo de inscripción para proveedores” (SOC 846).
- El Condado me enviará una notificación si la persona que he elegido como mi proveedor no completa los requisitos de inscripción para proveedores o si él/ella no es elegible para ser un proveedor de IHSS.
- Si elijo que esta persona me proporcione servicios antes de que él/ella se haya inscrito como un proveedor de IHSS, y el Condado me envía una notificación avisándome que él/ella no es elegible para ser un proveedor de IHSS, yo tendré que pagarle a él/ella con mi propio dinero por los servicios que él/ella haya proporcionado antes de que determinara que no era elegible para ser un proveedor y por cualquier servicio que él/ella me proporcione después de que el Condado me notifique que él/ella no es elegible.
- Ni el Condado ni el Estado serán responsables de ningún reclamo y/o pérdidas causadas por la persona mencionada anteriormente a quien yo elijo contratar como mi proveedor de IHSS. Estoy de acuerdo en que el Estado y el Condado, sus oficiales, agentes, y empleados no tengan ninguna responsabilidad de ningún reclamo y/o pérdidas de ninguna persona causadas por la persona mencionada a quien elijo contratar como mi proveedor de IHSS.
- El Condado puede proporcionarle información a la persona que he elegido como mi proveedor acerca mis servicios autorizados y las horas de servicio. El Condado le enviará a mi proveedor el formulario de IHSS “Notificación para el proveedor sobre las horas y los servicios autorizados para el beneficiario” (SOC 2271).
- El total de mis horas de servicio autorizadas para el mes se dividirá entre cuatro para determinar mi máximo de horas por semana. El máximo de horas por semana es una guía que me indica el número más alto de horas que mi proveedor(es) puede trabajar para mí durante una semana laboral. Sin embargo, ya que la mayoría de los meses es un poco más de 4 semanas, yo trabajaré con mi proveedor(es) para extender sus horas a través del mes para asegurar que tenga todas las horas de servicio que necesito durante el mes.
- En ciertas ocasiones, es posible que yo necesite que mi proveedor trabaje más que mi máximo de horas por semana. Yo tengo que pedirle aprobación al Condado para ajustar mi máximo de horas por semana solamente si el cambio requiere que mi proveedor trabaje:
  1. más horas de tiempo extra en el mes que las que normalmente trabajaría.

2. más de 40 horas para mí en una semana laboral si mi máximo de horas por semana es 40 horas o menos en una semana laboral.
- Si no recibo la aprobación para una excepción, mi proveedor recibirá una infracción por trabajar más que mi máximo de horas por semana.
  - Yo no puedo **nunca** autorizar que mi proveedor trabaje más que mi total de horas de servicio autorizadas para el mes. Por lo tanto, cuando yo autorice que mi proveedor trabaje horas extras en una semana, yo tengo que hacer que el proveedor trabaje menos horas en otra semana(s) del mes.
  - Si mi proveedor trabaja para otro beneficiario, el máximo número de horas que puede reclamar en una semana laboral para todo el tiempo combinado que trabaje para sus beneficiarios es 66 horas. **Yo tengo que preparar un horario de trabajo para mi proveedor para determinar cuántas horas va a trabajar para mí cada semana para asegurar que no trabaje más de 66 horas por semana laboral.** Yo recibiré una "Notificación para el beneficiario, Máximo de horas autorizadas por semana" (SOC 2271A) la cual incluirá información acerca de mi máximo de horas por semana para que yo la pueda usar para preparar el horario de trabajo para mi proveedor(es). Para preparar el horario, mi proveedor me tiene que decir cuántas horas está disponible para trabajar para mí cada semana laboral. Si mi proveedor no puede trabajar todas mis horas autorizadas, yo necesitaré contratar a un proveedor(es) adicional. **Si necesito ayuda para encontrar y contratar a otro proveedor(es), yo puedo llamar a la Autoridad Pública de IHSS del Condado para obtener un proveedor del registro o puedo llamar a la Oficina de IHSS del Condado.**
  - El Condado me enviará una notificación cada vez que mi proveedor reciba una infracción. Si mi proveedor recibe tres infracciones, se le suspenderá de proporcionar IHSS durante tres meses. Si recibe otra infracción después de regresar de la suspensión de tres meses, será suspendido de ser proveedor durante un año.

### PARTE C. CONFIRMACIÓN DEL BENEFICIARIO

**Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO:

FECHA:

NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

FECHA:

NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

### FOR COUNTY USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO)

WORKER NAME:

DATE:



SAN FRANCISCO HUMAN SERVICES AGENCY  
Department of Disability  
and Aging Services

In-Home  
Supportive  
Services

*Nombre del beneficiario (Por favor escriba el nombre)*

\_\_\_\_\_

*Dirección del beneficiario*

\_\_\_\_\_

San Francisco, CA 94\_\_\_\_\_

*Numero de teléfono del beneficiario*

( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# **SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR**

## **LISTA DE CONTROL DE LAS RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO/EMPLEADOR**

---

---

**YO, \_\_\_\_\_, HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR SOCIAL QUE COMO BENEFICIARIO/EMPLEADOR SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN.**

1. Proporcionar la documentación requerida a los trabajadores sociales para determinar la continuidad de la elegibilidad y la necesidad de servicios. La información a presentar incluye, entre otras cosas, modificaciones en los ingresos, la composición del hogar, el estado civil, la posesión de propiedades, el número de teléfono y el tiempo que me encuentro fuera del hogar.
2. Encontrar, contratar, capacitar, supervisar y despedir al proveedor que contrato.
3. Cumplir con las leyes y las reglas relacionadas con los salarios, las horas, las condiciones de trabajo y la contratación de personas menores de 18 años.

**NOTA:** Consulte la Orden N.º 15 de la Comisión de Bienestar Industrial (*Industrial Welfare Commission, IWC*) relacionada con los salarios, las horas y las condiciones de trabajo que se puede obtener en el Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations*) del estado, División de Cumplimiento de Normas de Trabajo (*Division of Labor Standards and Enforcement*) que aparece en el directorio telefónico. Comuníquese con el distrito escolar local para obtener información adicional sobre la contratación de menores.

4. Verificar que mi proveedor reside legalmente en los Estados Unidos. El proveedor y yo completamos el Formulario I-9. Conservaré este formulario durante al menos tres (3) años o durante un (1) año después de finalizado el empleo, el período que sea más extenso. Protegeré la información confidencial del proveedor, como el número de seguro social, la dirección y el número de teléfono.
5. Garantizar las normas de compensación, la planificación del trabajo y las condiciones de trabajo para el proveedor.
6. Informar al trabajador social cualquier modificación futura de los proveedores, incluido lo siguiente:
  - \_\_\_ Nombre;
  - \_\_\_ Dirección;
  - \_\_\_ Número de teléfono;
  - \_\_\_ Parentesco, si lo hay;
  - \_\_\_ Horas que debe trabajar y servicios que debe prestar cada proveedor.
7. Informar al proveedor que el salario bruto por hora es \$ \_\_\_\_\_, y que los impuestos del Seguro de discapacidad del seguro social y del estado se deducen de los salarios del proveedor.
8. Informar al proveedor que puede solicitar que los impuestos federales o estatales sobre la renta se deduzcan de sus ingresos. Ordenar al proveedor que presente el Formulario W-4 (para la retención de impuestos federales sobre los ingresos) y/o el Formulario DE 4 (para la retención de impuestos estatales sobre los ingresos).

9. Informar al proveedor que tiene beneficios de compensación por lesiones de trabajo, beneficios del Seguro de desempleo del estado y beneficios del Seguro de discapacidad del estado.
10. Informar al proveedor que recibirá una hoja informativa donde se indicarán los servicios autorizados y el tiempo autorizado que se determinan para prestar esos servicios. No se pagará por servicios no autorizados.
11. Pagar mi parte del costo, si corresponde.
12. Asegurar que las horas totales reportadas por cada proveedor de los servicios que se me brindaron mientras que trabajaron para el programa de IHSS no excedan más del total de mis horas semanales autorizadas por semana laboral, a menos que reciba aprobación del condado para el aumento.
13. Verificar y firmar la reporte de horas trabajadas por cada periodo de pago, mostrando los día (s) correctos y el número total de horas trabajadas. Entiendo que puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales si reporto información incorrecta u oculto información.
14. Asegurar que mi proveedor firmó su reporte de horas trabajadas.
15. Recomendar al proveedor que envíe por correo la reporte de horas trabajadas a la dirección correspondiente al final de cada período de pago.

---

Firma del beneficiario

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

## **INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA LISTA DE CONTROL DE LAS RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO/ EMPLEADOR**

1. Este formulario se utiliza sólo para revisión con los beneficiarios que reciben servicios de proveedores **individuales**.
2. Los condados deben utilizar este formulario para asegurarse de que se hayan informado a los beneficiarios sus responsabilidades básicas como empleadores de proveedores de IHSS y que las hayan comprendido.
3. Revise cada punto con el beneficiario y explíquelo cómo puede cumplir cada requisito.
4. Deje una copia del formulario al beneficiario.



# Verificación de Elegibilidad de Empleo

## Departamento de Seguridad Nacional

### Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expire 05/31/2027

**COMIENCE AQUÍ:** Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Ver la información y las [instrucciones](#).**

**AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN:** Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.

**Sección 1. Información y Certificación del Empleado:** Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	Inicial de Segundo Nombre (si alguno)	Otros Apellidos Utilizados (si alguno)
Dirección (Número y Nombre de la Calle)		Número de Apartamento (si corresponde)	Ciudad o Pueblo
		Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social de EE. UU.	Dirección de Correo Electrónico del Empleado	Número de Teléfono del Empleado
<p><b>Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.</b></p>	Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):		
	<input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos		
	<input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)		
	<input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A, o Número de USCIS: _____)		
	<input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): _____		
Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:			
USCIS/Número A	OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR
			Número de pasaporte extranjero y país de emisión
Firma del Empleado		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar <a href="#">la certificación de preparador y/o traductor</a> en la página 4.			



**Verificación de Elegibilidad de Empleo**  
**Departamento de Seguridad Nacional**  
**Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos**

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expire 05/31/2027

**Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador:** Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alternativo autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

	Lista A	O	Lista B	Y	List C
<b>Título del Documento 1</b>					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
<b>Título del Documento 2</b>	<b>Información Adicional</b>				
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
<b>Título del Documento 3</b>					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
<input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.					
<b>Certificación:</b> Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.				Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):	
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado			Firma del Empleador o Representante Autorizado		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal			

Para la reverificación o recontractación, complete elar [Suplemento B, Reverificación y recontractación](#), en la página 5.

## LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.

\* Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A

o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.

**Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).**

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.</li> <li>2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)</li> <li>3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina</li> <li>4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)</li> <li>5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasaporte extranjero; y</li> <li>b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) El mismo nombre en el pasaporte y</li> <li>(2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI</li> </ol>	O	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía</li> <li>4. Tarjeta de Registro de Votante</li> <li>5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección</li> <li>6. Tarjeta de identificación de dependiente militar</li> <li>7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.</li> <li>8. Documento tribal de indio americano</li> <li>9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense</li> <li style="text-align: center;"><b>Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:</b></li> <li>10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones</li> <li>11. Registro clínico, médico o de hospital</li> <li>12. Registro guardería o escuela infantil</li> </ol>	Y	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO</li> <li>(2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS</li> <li>(3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.</li> </ol> </li> <li>2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).</li> <li>3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.</li> <li>4. Documento tribal de indio americano</li> <li>5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)</li> <li>6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)</li> <li>7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la <a href="#">Sección 7</a> y la <a href="#">Sección 13</a> del M-274 en <a href="http://uscis.gov/i-9-central">uscis.gov/i-9-central</a>.  El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo <b>Número 4</b>, no es documento de la Lista C.</li> </ol>

### Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.  
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado;</li> <li>• Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551;</li> <li>• Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.</li> </ul>	O	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado</p>	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

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

BLANK PAGE



# Suplemento A, Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

**Departamento de Seguridad Nacional**  
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

**USCIS**  
**Formulario I-9**  
**Suplemento A**  
OMB No.1615-0047  
Expire 05/31/2027

Apellido (Nombre de Familia) como en la Sección 1.	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la Sección 1.
----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

**Instrucciones:** Este suplemento debe ser completado por cualquier preparador y/o traductor que ayude a un empleado a completar la Sección 1 del Formulario I-9. El preparador y/o traductor debe ingresar el nombre del empleado en los espacios proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.**

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.**

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.**

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal

**Doy fe, bajo pena de perjurio, que he ayudado a completar la Sección 1 de este formulario y que, a mi mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.**

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Nombre ( <i>Nombre de Pila</i> )	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección ( <i>Número de Calle y Nombre</i> )	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal



# Suplemento B, Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

Departamento de Seguridad Nacional  
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

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

Apellido ( <i>Nombre Familiar</i> ) como en la <b>Sección 1</b>	Primer Nombre ( <i>Nombre de pila</i> ) como en la <b>Sección 1</b>	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

**Instrucciones:** Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

	Nuevo nombre ( <i>si aplica</i> )		
Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

**Reverificación:** Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
----------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------

**Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.**

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)	<input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Nuevo nombre ( <i>si aplica</i> )		
Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

**Reverificación:** Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
----------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------

**Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.**

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)	<input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Nuevo nombre ( <i>si aplica</i> )		
Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Apellido ( <i>Nombre de Familia</i> )	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

**Reverificación:** Si el empleado requiere una nueva verificación, su empleado puede optar por presentar cualquier documentación aceptable de la Lista A o la Lista C para demostrar la continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

Título del Documento	Número de Documento (si alguno)	Fecha de Expiración (si alguna) ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
----------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------

**Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.**

Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)	<input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

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

**2025**

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

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

<b>Paso 1:</b> <b>Anote Su Información Personal</b>	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	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) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	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).		

**CONSEJO:** Considere utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con mayor precisión para el resto del año si: está completando este formulario después del comienzo del año; espera trabajar sólo parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

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 y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP).

**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) Utilice el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o

(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 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.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 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 para el empleo que le paga el salario más alto).

<b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de Dependiente y Otros Créditos</b>	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):		
	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 . . . . .		<b>3</b>

<b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros Ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).</b> 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 . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

**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**

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).	Fecha
-------------------------------------------------------------------------------	-------

<b>Para Uso Exclusivo del Empleador</b>	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 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, como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

### Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4 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 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 nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado).

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2025 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2024, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2025, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2024 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2024 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 2025. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "Exempt" (Exento) en el Formulario W-4 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. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 17 de febrero de 2026.

**Su privacidad.** Los Pasos 2(c) y 4(a) solicitan información relacionada con el ingreso recibido de otras fuentes aparte del trabajo asociado a este Formulario W-4. Si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 2(c), usted puede escoger el Paso 2(b) como alternativa; si le preocupa proveer la información solicitada 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) como alternativa.

**Cuándo usar el estimador de retención de impuestos.** Considere usar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) si usted:

1. Está presentando este formulario después del comienzo del año;
2. Espera trabajar sólo parte del año;
3. Tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), o número de dependientes, o cambios en sus deducciones o créditos;
4. Recibe dividendos, ganancias de capital, Seguro Social, bonos o ingresos de negocios, o está sujeto al Impuesto Adicional del *Medicare* o al *Net Investment Income Tax* (Impuesto sobre los ingresos netos de inversión); o
5. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

**CONSEJO:** Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos para contabilizar el impuesto federal sobre los ingresos que ya ha sido retenido este año. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

**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 estos impuestos por medio de la retención de sus salarios, use el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular la cantidad que se tiene que retener.

**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), 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. Presente un Formulario W-4 por separado para cada empleo.

La opción (a) calcula con mayor precisión el impuesto adicional que se le tiene que retener, mientras que la opción (b) lo calcula con menor precisión.

En su lugar, 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 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 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. La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4 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). 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, Impuesto Estimado Personal.

**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 2025 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 (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4. 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 para el empleo que le paga el salario más alto. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 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; o puede utilizar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP).

- 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 ese valor 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 esa cantidad 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 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 2025 (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:
 

}	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$30,000 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos</li> <li>• \$22,500 si es cabeza de familia</li> <li>• \$15,000 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado</li> </ul>	. . . . .	2 \$ _____
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------
- 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)). 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 . . . . . 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 y 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 *Paperwork Reduction Act* (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 registros 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	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

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

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



## Certificado de Retenciones del Empleado

Complete este formulario para que su empleador pueda retener el impuesto sobre el ingreso de California correcto de su salario.

<b>Información personal</b>			
Nombre, segundo nombre, apellido		Número de Seguro Social	
Dirección		Estado civil	
Ciudad	Estado	Código Postal	<input type="checkbox"/> Soltero o casado (con dos o más ingresos) <input type="checkbox"/> Casado (con un ingreso) <input type="checkbox"/> Jefe de familia

- Use la Hoja de trabajo A para retenciones regulares. Use las otras hojas de trabajo que aparecen en las siguientes páginas, si le aplican.
  - Número de retenciones regulares (**Hoja de trabajo A**) \_\_\_\_\_
  - Número de retenciones de las deducciones estimadas (**Hoja de trabajo B**) \_\_\_\_\_
  - Número total de retenciones que solicita \_\_\_\_\_
- Cantidad adicional, si hay alguna, que desea se le retenga en cada período de pago (si su empleador está de acuerdo), (**Hojas de trabajo C**) \_\_\_\_\_

### Exención de retención

- Solicito una exención de las retenciones para el 2025 y certifico que cumpla con las dos condiciones de exención. (Marque la casilla aquí)
- Declaro bajo pena de perjurio que **no estoy sujeto** a las retenciones de California. Yo cumpla con las condiciones establecidas en la ley titulada en inglés Service Member Civil Relief Act, la cual fue enmendada por la ley titulada en inglés Military Spouses Residency Relief Act y la ley titulada en inglés Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Marque la casilla aquí)

Bajo pena de perjurio, declaro que el número de retenciones solicitadas en este certificado no exceden del número al cual tengo derecho o que, si solicito exención de retenciones, tengo derecho a solicitar que se me asigne estatus de exento.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Sección del empleador:</b> Nombre y domicilio del empleador	Número de Cuenta del Impuesto sobre la Nómina del Empleador de California
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

El *Certificado de Retenciones del Empleado* (DE 4), es únicamente para propósitos de retener el **Impuesto sobre el Ingreso Personal de California (PIT)**. El DE 4 se usa para calcular la cantidad de impuestos que su empleador retendrá de sus salarios, para reflejar con exactitud su obligación de retener sus impuestos estatales.

Desde el 1 de enero de 2020, el *Certificado de Retención del Empleado* (Formulario W-4) del Servicio de Impuestos Internos (IRS) se usa **únicamente** para la retención del impuesto federal sobre el ingreso. Usted debe presentar el formulario estatal DE 4 para determinar la retención apropiada del PIT de California.

Si usted no le entrega a su empleador el DE 4 completado, su empleador debe usar la retención correspondiente a soltero y sin retenciones.

**Revise sus retenciones:** Después de que el DE 4 entre en vigor, compare la retención del impuesto estatal sobre el ingreso con su estimación total de impuestos anuales. Para retenciones estatales, use las hojas de trabajo de este formulario.

**Exención de retención:** Si desea solicitar que se le exente, complete el formulario federal W-4 y el estatal DE 4. Usted puede solicitar que se le exente la retención del impuesto sobre el ingreso de California si cumple con las dos condiciones de exención siguientes:

- No adeudó ningún impuesto sobre el ingreso federal o estatal del año pasado, y
- No espera deber ningún impuesto sobre el ingreso federal o estatal este año.

Si continúa calificando para la exención de retención cuando declare impuestos, debe presentar un nuevo DE 4 en el que se le designe como **exento** antes del 15 de febrero de cada año para continuar con su exención. Si no tiene retenciones del impuesto sobre el ingreso federales o estatales este año, pero espera tener una responsabilidad fiscal (adeudo) el siguiente año, se le requerirá que entregue a su empleador un nuevo DE 4 antes del 1 de diciembre.

**Ley Member Service Civil Relief Act:** Bajo esta ley, y conforme a la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*, se le podría eximir de la retención del impuesto sobre el ingreso de California sobre su salario si:

- (i) (i) Su cónyuge es miembro de las fuerzas armadas presentes en California en cumplimiento de órdenes militares;
- (ii) (ii) Usted está presente en California solamente para estar con su cónyuge; y
- (iii) (iii) Usted conserva su domicilio en otro estado.

Si solicita una exención con fundamento en esta ley, **marque la casilla en la Línea 4**. Se le podría requerir que ofrezca pruebas de exención.

La guía para empleadores titulada en inglés [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf\_pub\_ctr/de44.pdf) le brinda las gráficas que contienen las retenciones del impuesto sobre el ingreso. Puede encontrar esta publicación visitando [Formularios y publicaciones de los impuestos sobre la nómina](http://edd.ca.gov/es/payroll_taxes/forms_and_publications/) (edd.ca.gov/es/payroll\_taxes/forms\_and\_publications/). Para asistirle en el cálculo de su responsabilidad fiscal, visite la agencia [Franchise Tax Board](http://ftb.ca.gov) (FTB) (ftb.ca.gov).

Si necesita información sobre el formulario de su última declaración de impuestos como residente de California titulado en inglés *California Resident Income Tax Return* (FTB Form 540), visite la agencia [FTB](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

---

**Notificación:** La carga de la prueba recae en el empleado para demostrar la retención correcta del impuesto sobre el ingreso de California. De conformidad con la sección 4340-1(e) del [Título 22 del California Code of Regulations \(Código de Reglamentos de California\)](#) (CCR) (govt.westlaw.com/calregs/Search/Index), la FTB o el EDD podrían, requerir a un empleador que presente el Formulario W-4 o el DE 4 cuando dichos formularios son necesarios para la administración de los programas de retención de impuestos.

**Sanción:** Usted podría ser sancionado por la cantidad de \$500 si presenta, sin fundamentos razonables, un DE 4 que traiga como resultado la retención de menos impuestos de los que se está debidamente permitido. Las sanciones penales se aplican por ofrecer información falsa o fraudulenta, o por no ofrecer la información requerida para incrementos de retenciones. Esto tiene su fundamento en la sección 13101 del [California Unemployment Insurance Code \(Código del Seguro de Desempleo de California\)](#) (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) y la sección 19176 del [Revenue and Taxation Code \(Código de Ingresos y Contribuciones\)](#) (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml).

## Hojas de trabajo

### Instrucciones — 1 — Retenciones\*

Cuando determine sus retenciones, debe considerar su situación personal:

- ¿Solicita retenciones para dependientes o por ceguera?
- ¿Especificará sus deducciones?
- ¿Tiene más de un ingreso en su familia?

**Dos o varios ingresos:** Cuando los ingresos provienen de más de una fuente, pueden ocurrir retenciones insuficientes. Si su cónyuge trabaja o usted tiene más de un empleo, se le recomienda que marque la casilla "Soltero o casado (con dos o más ingresos)". Investigue el número total de retenciones que tiene derecho a reclamar en todos sus empleos usando un solo formulario DE 4. Solicite retenciones con un empleador.

**No solicite las mismas retenciones con más de un empleador.** Su retención será más exacta cuando todas las retenciones se soliciten en el DE 4 que presente en el empleo que más le paga y no solicita retenciones en los otros empleos.

**Casado pero no vive con su cónyuge:** Usted puede marcar la casilla "Jefe de familia" para su estado civil si cumple con todos los siguientes supuestos:

- (1) Su cónyuge no vivirá con usted en ningún período del año;
- (2) Usted asumirá aproximadamente la mitad de los costos de mantenimiento del hogar el año entero, tanto para usted como para su hijo o hijastro que califique como dependiente; y
- (3) Presentará por separado su declaración anual de impuestos.

**Jefe de familia:** Para calificar, usted debe estar soltero o legalmente separado de su cónyuge y pagar más del 50% de los costos de mantenimiento de un hogar en el año **completo**, tanto para usted como para su(s) dependiente(s) o cualquier otra persona que califique. El costo de mantenimiento del hogar incluye gastos como la renta, seguro de la propiedad, impuesto de la propiedad, intereses hipotecarios, reparaciones, servicios públicos y costos de alimentos. No incluye los gastos personales de la persona o cualquier cantidad que represente algún valor por servicios prestados por un miembro del hogar del contribuyente.

### Hoja de trabajo A

#### Retenciones regulares

- |                                                                                                            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| (A) Retención para usted — escriba 1                                                                       | (A) _____ |
| (B) Retención para su cónyuge (si no lo solicita por separado) — escriba 1                                 | (B) _____ |
| (C) Retención para persona con ceguera — usted — escriba 1                                                 | (C) _____ |
| (D) Retención para persona con ceguera — su cónyuge (si no lo solicita por separado) — escriba 1           | (D) _____ |
| (E) Retención(es) para dependiente(s) — no se incluya usted ni su cónyuge                                  | (E) _____ |
| (F) Total — escriba la suma de las líneas de la (A) a la (E) de la parte de arriba en la línea 1a del DE 4 | (F) _____ |

### Instrucciones — 2 — Retenciones adicionales (opcional)

Si anticipa especificar sus deducciones en su declaración del impuesto sobre el ingreso de California, puede solicitar retenciones adicionales. Use la Hoja de trabajo B para determinar si sus deducciones anticipadas estimadas le podrían dar el derecho a solicitar **una o más deducciones adicionales**. Use el último Formulario 540 de la FTB como ejemplo para calcular las cantidades que se retendrán este año.

No incluya compensaciones diferidas, pagos de pensiones calificados o beneficios flexibles, etc., que se deducen de su salario bruto, pero no son imponibles en esta hoja de trabajo.

Usted podría reducir la cantidad de impuestos a retener de sus salarios solicitando una retención adicional por cada \$1,000 o fracción de \$1,000, para la cual usted anticipa sus deducciones anuales estimadas que excederán de sus deducciones estándar.

### Hoja de trabajo B

#### Deducciones estimadas

Use esta hoja de trabajo **solo** si planea especificar sus deducciones, solicitar ciertos ajustes a su ingreso o tiene una gran cantidad de ingreso no proveniente de salarios que no están sujetos a retenciones.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1. Escriba un estimado de sus deducciones especificadas para los impuestos de California de este año fiscal como se enlista en el Formulario 540 de la FTB                                                                                                                                                                               | 1. _____   |
| 2. Escriba la cantidad de \$11,080 si hace su declaración como casado y presenta una declaración conjunta con dos o más retenciones, soltero pero jefe de familia o viudo calificado con dependiente(s) o \$5,540 si está soltero o casado pero declara impuestos por separado, casado con doble ingreso o casado con varios empleadores | — 2. _____ |
| 3. Reste la línea 2 de la línea 1 y escriba la diferencia                                                                                                                                                                                                                                                                                | = 3. _____ |
| 4. Escriba un estimado de los ajustes a su ingreso (pagos de pensión alimenticia, depósitos de retiro IRA)                                                                                                                                                                                                                               | + 4. _____ |
| 5. Sume la línea 4 a la línea 3 e ingrese la suma                                                                                                                                                                                                                                                                                        | = 5. _____ |
| 6. Escriba un estimado de su ingreso que no proviene de salarios (dividendos, ingreso por intereses, recibe pensión alimenticia)                                                                                                                                                                                                         | — 6. _____ |
| 7. Si la línea 5 es más que la línea 6 (si es menos, vea en la parte de abajo [vaya a la línea 9]);<br>Reste la línea 6 de la línea 5 y escriba la diferencia                                                                                                                                                                            | = 7. _____ |
| 8. Divida la cantidad de la línea 7 entre \$1,000 y redondee cualquier fracción al número entero más cercano.<br>Agregue ese número a la línea 1b del DE 4. Complete la Hoja de trabajo C si es necesario, de lo contrario <b>pare aquí</b> .                                                                                            | 8. _____   |
| 9. Si la línea 6 es más que la línea 5;<br>Escriba la cantidad de la línea 6 (ingreso que no proviene de salarios)                                                                                                                                                                                                                       | 9. _____   |
| 10. Escriba la cantidad de la línea 5 (deducciones)                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10. _____  |
| 11. Reste la línea 10 de la línea 9 y escriba la diferencia. Luego, complete la Hoja de trabajo C.                                                                                                                                                                                                                                       | 11. _____  |

\*Los salarios pagados a parejas domésticas registradas recibirán el mismo trato para propósitos del impuesto sobre el ingreso que los cónyuges para los salarios y retenciones del PIT de California. Esta ley no afecta la ley federal fiscal del impuesto sobre el ingreso. El término pareja doméstica registrada se refiere a una pareja individual en una relación de pareja doméstica conforme a la definición de la sección 297 del Family Code (Código de Familia). Para más información, llame al Centro de Atención al Contribuyente al 1-888-745-3886.

1. Escriba un estimado del total de sus salarios del año fiscal 2025. 1. \_\_\_\_\_
2. Escriba un estimado del total de ingresos que no provienen de salarios (línea 6 de la Hoja de trabajo B). 2. \_\_\_\_\_
3. Escriba el total de la línea 1 y la línea 2. Escriba la suma. 3. \_\_\_\_\_
4. Escriba las deducciones específicas o deducciones estándar (línea 1 o 2 de la Hoja de trabajo B, la que sea mayor). 4. \_\_\_\_\_
5. Escriba los ajustes de ingreso (línea 4 de la Hoja de trabajo B). 5. \_\_\_\_\_
6. Escriba el total de la línea 4 y la línea 5. Escriba la suma. 6. \_\_\_\_\_
7. Reste la línea 6 de la línea 3. Escriba la diferencia. 7. \_\_\_\_\_
8. Calcule su responsabilidad fiscal para la cantidad de la línea 7 usando las tablas de las tarifas fiscales del 2025 que aparecen en la parte de abajo. 8. \_\_\_\_\_
9. Escriba las exenciones personales (línea F de la Hoja de trabajo A x \$163.90). 9. \_\_\_\_\_
10. Substraiga la línea 9 de la línea 8. Escriba la diferencia. 10. \_\_\_\_\_
11. Escriba cualquier crédito fiscal que tenga. (Consulte el Formulario 540 de la FTB). 11. \_\_\_\_\_
12. Reste la línea 11 de la línea 10. Escriba la diferencia. Este es el total de su responsabilidad fiscal. 12. \_\_\_\_\_
13. Calcule el impuesto a retener y el estimado que se le retendrá en el 2025. Comuníquese con su empleador para solicitar la cantidad que será retenida de sus salarios con base en su estado civil y el número de retenciones que solicitará en el 2025. Multiplique la cantidad estimada que será retenida por el número de períodos de pagos pendientes en el año. Sume el total a la cantidad que se está reteniendo en el 2025. 13. \_\_\_\_\_
14. Reste la línea 13 de la línea 12. Escriba la diferencia. Si es menos de cero, no necesita tener retenciones de impuestos adicionales. 14. \_\_\_\_\_
15. Divida la línea 14 por el número de períodos de pagos que faltan en el año. Escriba esa cantidad en la línea 2 del DE 4. 15. \_\_\_\_\_

Nota: No se requiere que su empleador retenga las cantidades adicionales de retención solicitadas en la línea 2 de su DE 4. Si su empleador no está de acuerdo con la cantidad adicional de retención, usted puede incrementar sus retenciones lo más que pueda si declara que su estado civil es "soltero" y sin retenciones. Si la cantidad retenida todavía resulta en un pago insuficiente de impuestos estatales sobre el ingreso, es probable que necesite presentar estimados trimestrales con el Formulario 540-ES de la FTB para evitar sanciones.

Las siguientes tablas son para calcular la Hoja de trabajo C y únicamente para el 2025

**Personas solteras, casadas con ingreso doble o casadas con varios empleadores**

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$10,756	1.100%	\$0	\$0.00
\$10,756	\$25,499	2.200%	\$10,756	\$118.32
\$25,499	\$40,245	4.400%	\$25,499	\$442.67
\$40,245	\$55,866	6.600%	\$40,245	\$1,091.49
\$55,866	\$70,606	8.800%	\$55,866	\$2,122.48
\$70,606	\$360,659	10.230%	\$70,606	\$3,419.60
\$360,659	\$432,787	11.330%	\$360,659	\$33,092.02
\$432,787	\$721,314	12.430%	\$432,787	\$41,264.12
\$721,314	\$1,000,000	13.530%	\$721,314	\$77,128.03
\$1,000,000	y más	14.630%	\$1,000,000	\$114,834.25

**Personas casadas**

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$21,512	1.100%	\$0	\$0.00
\$21,512	\$50,998	2.200%	\$21,512	\$236.63
\$50,998	\$80,490	4.400%	\$50,998	\$885.32
\$80,490	\$111,732	6.600%	\$80,490	\$2,182.97
\$111,732	\$141,212	8.800%	\$111,732	\$4,244.94
\$141,212	\$721,318	10.230%	\$141,212	\$6,839.18
\$721,318	\$865,574	11.330%	\$721,318	\$66,184.02
\$865,574	\$1,000,000	12.430%	\$865,574	\$82,528.22
\$1,000,000	\$1,442,628	13.530%	\$1,000,000	\$99,237.37
\$1,442,628	y más	14.630%	\$1,442,628	\$159,124.94

**Soltero/jefe de familia**

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$21,527	1.100%	\$0	\$0.00
\$21,527	\$51,000	2.200%	\$21,527	\$236.80
\$51,000	\$65,744	4.400%	\$51,000	\$885.21
\$65,744	\$81,364	6.600%	\$65,744	\$1,533.95
\$81,364	\$96,107	8.800%	\$81,364	\$2,564.87
\$96,107	\$490,493	10.230%	\$96,107	\$3,862.25
\$490,493	\$588,593	11.330%	\$490,493	\$44,207.94
\$588,593	\$980,987	12.430%	\$588,593	\$55,322.67
\$980,987	\$1,000,000	13.530%	\$980,987	\$104,097.24
\$1,000,000	y más	14.630%	\$1,000,000	\$106,669.70

Si necesita información sobre su última Declaración del Impuesto sobre el Ingreso de California, FTB Formulario 540, visite la agencia [FTB \(ftb.ca.gov\)](http://ftb.ca.gov).

La información que se recopila del Formulario DE 4 es para propósitos de administrar la ley del PIT y bajo la autoridad del Título 22 del CCR, sección 4340-1, y en la sección 18624 del California Revenue and Taxation (Code Fiscal y de Ingresos de California). La ley de 1977 titulada en inglés *Information Practices Act of 1977* requiere que se les notifique a todas las personas sobre cómo se usa la información que ofrecen. Se incluye información adicional e instrucciones en su última declaración de impuestos como residente de California.