

DOCUMENTO	OBLIGATORIO/OPCIONAL
Formulario de Inscripción	Obligatorio
Certificado de Parentesco	Obligatorio
Exención de Residencia	Obligatorio
Autorización de Nómina - Si elige Depósito Directo se requiere un cheque cancelado una forma de Depósito Directo de su institución financiera.	Obligatorio
Forma 1-9: - Favor de incluir copias de las identificaciones utilizadas en la Forma I-9. - Puede incluir las siguientes: Tarjeta de Seguro Social, Licencia de Manejar, Pasaporte, Acta de Nacimiento, Identificación Escolar, otras.	Obligatorio
Forma W-4 del ISR	Obligatorio
Solicitud de Revisión de Antecedentes de Utah	Obligatorio

Nota:

Favor de asegurarse que toda la documentación **OBLIGATORIA** sea llenada correctamente antes de enviar la solicitud para procesarse..

Instrucciones: Por favor llene las secciones 1 y 2, donde sea pertinente. Tanto el Profesional de Cuidados Directos/Empleado como el Empleador deben firmar y fechar el formulario para que se considere completo. Por favor entregue el formulario a WasatchSD en una de las siguientes maneras:

Correo

515 South 700 East
Suite 2B
Salt Lake City, UT 84102

Correo Electrónico

info@WasatchSD.com

Fax

855.500.4521

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL PROFESIONALDE CUIDADOS DIRECTOS/ EMPLEADO

Nombre completo (Nombre, Inicial y Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Número Licencia de Conducir: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Fecha de Expedición: _____

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre completo (Nombre, Inicial y Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Mediante su firma, usted está certificando que la información en este formulario es correcta y que posee la documentación necesaria para comprobarlo en caso de que sea necesario para verificar su selección.

Firma del Profesional de Cuidados Directo/Empleado

Fecha

Firma del Empleador

Fecha

Instrucciones: Por favor complete las Secciones 1 y 2 según sea el caso. Una vez llena, tanto el Profesional de Cuidados Directos/Empleado como el Empleador deben firmar y fechar al calce. Por favor entregue la forma completa a WasatchSD mediante una de las siguientes opciones:

Correo

515 South 700 East
 Suite 2B
 Salt Lake City, UT 84102

Correo Electrónico

info@WasatchSD.com

Fax

855.500.4521

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE CUIDADOS DIRECTOS/EMPLEADO

Nombre completo del Profesional de Cuidados Directos/Empleado (Nombre, Inicial, Apellido) Fecha de Nacimiento

Nombre del Empleador (Nombre, Inicial, Apellido)

SECCIÓN 2: RELACIÓN LEGAL CON EL EMPLEADOR

Padre/Madre *±
 (Tanto consanguíneo
 como por afinidad)

Cónyuge *±

Tío/a

Exespos/a

Hijo/a ¥
 (Tanto consanguíneo
 como por afinidad)

Abuelo/a
 (Tanto consanguíneo
 como por afinidad)

Nieto/a
 (Tanto consanguíneo
 como por afinidad)

Amigo

Hermano/a

Sobrino/a Usted mismo

Trabajador/a

Vecino/a

Otro

* Dada su relación con el empleador y las leyes vigentes, usted está exento de los impuestos de seguro de desempleo (FUTA y SUTA). Si su trabajo con el empleador termina, usted no recibirá beneficios de desempleo.

± Dada su relación con el empleador y las leyes vigentes, usted está exento de los impuestos de Seguro Social y Medicare (FICA). El no aportar al Seguro Social y Medicare (FICA) significa que no está usted obteniendo créditos del Seguro Social.

¥ Dada su relación de hijo del empleador y las leyes vigentes, usted está exento de los impuestos de Seguro Social y Medicare (FICA) y de seguro de desempleo (FUTA y SUTA) mientras no cumpla los 21 años.

Mediante su firma, usted está certificando que la información en este formulario es correcta y que posee la documentación necesaria para comprobarlo en caso de que sea necesario para verificar su selección. Le informamos que está usted obligado a llenar una una nueva forma y entregarla a WasatchSD si hay cualquier cambio en su relación con el empleador. Para dudas o aclaraciones por favor llame a nuestra oficina al **801.317.1900**.

Firma del Profesional de Cuidados Directo/Empleado

Fecha

Firma del Empleador

Fecha

Bajo la Ley de Estándares de Justicia Laboral (FLSA por sus siglas en inglés), los empleadores están obligados a pagar horas extras a empleados domésticos que trabajen más de 40 horas en una semana, a menos que el empleado califique como residente en el domicilio que presta sus servicios.

Instrucciones: Por favor entregue la forma llena a WasatchSD por uno de los siguientes medios:

Correo

515 South 700 East
Suite 2B
Salt Lake City, UT 84102

Correo Electrónico

info@WasatchSD.com

Fax

855.500.4521

DEFINICIÓN DE TRABAJADOR DOMÉSTICO RESIDENTE

Un trabajador se considera que reside en el domicilio del empleador cuando vive, trabaja y duerme en ese domicilio siete días a la semana y por tanto no tiene un hogar propio fuera del que le es ofrecido por el cliente bajo el acuerdo de empleo.

O

Un trabajador vive en el domicilio del cliente por un periodo extendido de tiempo cuando vive, trabaja y duerme en dicho domicilio cinco días a la semana (120 horas o más). Si un empleado doméstico pasa menos de 120 horas a la semana trabajando y durmiendo en el domicilio del cliente pero pasa cinco días o noches consecutivas viviendo en el domicilio también se considera un periodo extendido de tiempo.

¿El Profesional de Cuidados Directos/Empleado califica como residente del domicilio? Si No

Nombre del Empleador _____

Nombre del Profesional de Cuidados Directos/Empleado _____

Nombre completo del cliente _____

Le informamos que es su responsabilidad informar a WasatchSD cuando el Profesional de Cuidados Directos/Empleado deje de vivir en el domicilio del Empleador.

Firma de Empleador

Fecha

Firma del Profesional de Cuidados Directos/Empleado

Fecha

Para cualquier duda, por favor llame a nuestra oficina al: **801.317.1900**

Instrucciones: Por favor seleccione la opción adecuada en la Sección 1 y llene la información en la Sección 2 donde sea pertinente. Si selecciona la opción de tarjeta de pago ignore la Sección 3. Si selecciona la opción de cheque, ignore las Secciones 3 y 4. Después de completar la información de la institución bancaria en la Sección 3, por favor adjunte la documentación solicitada. Para cualquier duda o aclaración, por favor comuníquese a nuestra oficina at: **801.317.1900**. Por favor entregue la forma una vez completa utilizando una de las siguientes opciones:

Correo

515 South 700 East
Suite 2B
Salt Lake City, UT 84102

Correo electrónico

info@WasatchSD.com

Fax

855.500.4521

SECCIÓN 1: ELECCIÓN DE FORMA DE PAGO

Registrar Deposito Directo nuevo

Utilizar Tarjeta de Pago existente

Registrar Tarjeta de Pago nueva
Cheque

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE CUIDADOS DIRECTOS/EMPLEADO

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Profesional de Cuidados Directos/Empleado: _____

Últimos cuatro dígitos de su Seguro Social: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

Nombre de la Institución Financiera: _____

Tipo de Cuenta: Cheques Ahorros Porcentaje: _____%

PARA CUENTA DE CHEQUES: Pegue un cheque cancelado
(no use cheques provisionales ni fichas de depósito)

PARA CUENTA DE AHORROS: Adjunte carta del banco con número de cuenta y ruta (la carta debe estar impresa en papel membretado del banco).

(Si desea usar más de una cuenta por favor contacte a WasatchSD)

SECCIÓN 4: TALONES DE PAGO

Elijo recibir mis talones de pago por correo, no en línea.

SECCIÓN 5: AUTORIZACIÓN PARA REGISTRAR, CAMBIAR O CANCELAR

(Elija solo una casilla)

Por medio de la presente autorizo a WasatchSD a depositar cualquier monto que se me adeude en salario y/o reembolsos. WasatchSD no es responsable por errores en la información otorgada. Así mismo, autorizo a WasatchSD corregir y/o ajustar cualquier transferencia de fondos que resulte en un pago excedido mediante cargo a mi cuenta. Esta autorización estará vigente mientras WasatchSD no reciba notificación por escrito de mi parte para terminar el acuerdo.

Por medio de la presente elijo y doy mi consentimiento para recibir mi salario en una tarjeta de pago por medio de una transferencia electrónica. Así mismo, autorizo a WasatchSD corregir y/o ajustar cualquier transferencia de fondos que resulte en un pago excedido mediante cargo a mi cuenta. Reconozco que he recibido copia de los términos y condiciones así como las comisiones asociadas con el uso de la tarjeta antes mencionada. Esta autorización estará vigente mientras WasatchSD no reciba notificación por escrito de mi parte para terminar el acuerdo.

Por medio de la presente autorizo a WasatchSD a dejar de hacer transferencias electrónicas a mi cuenta. Comprendo que de ahora en adelante recibiré cheques de nómina en papel en lugar de depósitos directos.

Firma: _____ Fecha: _____

NOTA: Su primer pago puede ser mediante cheque en papel.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

For reverification or rehire, complete Supplement B, Reverification and Rehire on Page 4.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

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

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

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the individual's status or parole as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record		1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central. The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.
Acceptable Receipts May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period. For receipt validity dates, see the M-274.				
• Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee.	OR	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.		Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on **I-9 Central** for more information.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Supplement B,
Reverification and Rehire (formerly Section 3)

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

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

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

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

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

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

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

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

OMB No. 1545-0074

2026

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

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

Paso 1:
Anote Su
Información
Personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección		¿Coincide su nombre con el nombre en su tarjeta de Seguro Social? 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 www.ssa.gov/es .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado		
☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos		
☐ 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).		
Precaución: Para reclamar ciertos créditos o deducciones en su declaración de impuestos, usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener un número de Seguro Social válido para trabajar. Vea la página 2 para más información.		

CONSEJO: Considere usar el estimador de retención de impuestos en 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 use el estimador. A comienzos del próximo año, use 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 más información sobre cada paso, quién puede reclamar la exención de la retención y cuándo usar el estimador en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2:
Personas con
Múltiples
Empleos o con
Cónyuges que
Trabajan

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:

- (a) Use el estimador en 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, use esta opción; **o**
- (b) Use la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **o**
- (c) Si sólo hay dos empleos en total, puede marcar este recuadro. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que el Paso 2(b) si el pago del empleo con la paga más baja es mayor que la mitad del pago del empleo con la paga más alta. De lo contrario, el Paso 2(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 esos pasos en blanco para los otros empleos. (Su retención será más precisa si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total será \$200,000 o menos (\$400,000 o menos, si es casado que presenta una declaración conjunta):			
	(a) Multiplique el número de hijos calificados menores de 17 años de edad por \$2,200	3(a)	\$	
	(b) Multiplique el número de otros dependientes por \$500	3(b)	\$	
	Sume las cantidades de los Pasos 3(a) y 3(b), más la cantidad de otros créditos. Anote el total aquí	3	\$	
Paso 4: Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no provenientes de trabajos). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$	
	(b) Deducciones. Use la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 4 para determinar la cantidad de las deducciones que puede reclamar, lo cual reducirá su retención. (Si omite esta línea, su retención se basará en la deducción estándar). Anote el resultado aquí	4(b)	\$	
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$	

Exento de la retención Reclamo exención de la retención para 2026 y certifico que cumplo con **ambas** condiciones para la exención para 2026. Vea **Exención de la retención** en la página 2. Entiendo que necesitaré completar un nuevo Formulario W-4 para 2027 . . . ☐

Paso 5:
Firme
Aquí

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado, y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

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

Fecha

Para Uso
Exclusivo del
Empleador

Nombre y dirección del empleador

Primera fecha de empleo

Número de identificación del empleador (EIN)

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código 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.

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 2026 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2025, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2026, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2025 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2025 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27a**, **28**, **29** y **30**) 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 2026. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones marcando el recuadro en la sección titulada **Exento de la retención**. Luego, complete los Pasos **1(a)**, **1(b)** y **5**. No complete ningún otro paso. Tendrá que presentar un Formulario W-4 nuevo para el 16 de febrero de 2027.

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. Considere usar el estimador en 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 use el estimador para contabilizar el impuesto federal sobre los ingresos que ya ha sido retenido este año. A comienzos del próximo año, use 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 del trabajo por cuenta propia 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 en 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). Marque 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. Use 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 de impuesto retenido 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 con la paga más alta.

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 requerido. Usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener el número de Seguro Social requerido para reclamar ciertos créditos. 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.

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 **15** 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 2026 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como para las propinas calificadas, la paga por horas extras calificada y el interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado; el interés de préstamos estudiantiles; los arreglos *IRA* y las personas de 65 años de edad o más. Usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener el número de Seguro Social requerido para reclamar ciertas deducciones. Para requisitos de elegibilidad adicionales, vea la Publicación 501.

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 cuando presente su declaración de impuestos.

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

Si escoge la opción en el Paso **2(b)** del Formulario W-4, complete esta hoja de trabajo (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 con la paga más alta. 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 en línea en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si es casado que presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página **5**. Usando la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**”, 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 **5** usando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**”. 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 use ese total como los salarios en la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y use los salarios anuales para su tercer empleo en la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**” para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página **5** 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 con la paga más alta. 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 con la paga más alta (sume a esta cantidad cualquier otra retención adicional que desee) **4** \$ _____

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 Nuevas Contrataciones). Podemos también divulgar esta información a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales no tributarias o a agencias federales encargadas de la aplicación de la ley y a agencias federales 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 relacionados con un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley de impuestos internos. Por lo general, las declaraciones de impuestos y la información contenida en ellas son confidenciales, tal como lo requiere la sección 6103.

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

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

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

Vea las Instrucciones para el Anexo 1-A (Formulario 1040) para más información sobre si califica para las deducciones en las líneas **1a**, **1b**, **1c**, **3a** y **3b**.

1	Deducciones por propinas calificadas, paga por horas extras calificada e interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado.	
a	Propinas calificadas. Si su ingreso total es menor de \$150,000 (\$300,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de sus propinas calificadas hasta \$25,000	1a \$ _____
b	Paga por horas extras calificada. Si su ingreso total es menor de \$150,000 (\$300,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de su paga por horas extras calificada hasta \$12,500 (\$25,000, si es casado que presenta una declaración conjunta) de la porción "y medio" de la paga de tiempo y medio	1b \$ _____
c	Interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado. Si su ingreso total es menor de \$100,000 (\$200,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de su interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado hasta \$10,000	1c \$ _____
2	Suma las líneas 1a , 1b y 1c . Anote el resultado aquí	2 \$ _____
3	Personas de 65 años de edad o más. Si su ingreso total es menor de \$75,000 (\$150,000, si es casado que presenta una declaración conjunta):	
a	Anote \$6,000 si tiene 65 años de edad o más antes del final del año	3a \$ _____
b	Anote \$6,000 si su cónyuge tiene 65 años de edad o más antes del final del año y tiene un número de Seguro Social válido para trabajar	3b \$ _____
4	Suma las líneas 3a y 3b . Anote el resultado aquí	4 \$ _____
5	Anote un estimado del interés de préstamos estudiantiles, las aportaciones a los arreglos <i>IRA</i> deducibles, los gastos del educador, la pensión para el cónyuge divorciado pagada y ciertos otros ajustes provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040). Vea la Publicación 505 para más información .	5 \$ _____
6	Deducciones detalladas. Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2026 provenientes del Anexo A (Formulario 1040). Dichas deducciones pueden incluir las siguientes partidas, si califican:	
a	Gastos médicos y dentales. Anote los gastos en exceso del 7.5% (0.075) de su ingreso total .	6a \$ _____
b	Impuestos estatales y locales. Si su ingreso total es menor de \$505,000 (\$252,500, si es casado que presenta una declaración por separado), anote los impuestos estatales y locales pagados hasta \$40,400 (\$20,200, si es casado que presenta una declaración por separado)	6b \$ _____
c	Intereses hipotecarios de su vivienda. Si su deuda de adquisición de vivienda es menor de \$750,000 (\$375,000, si es casado que presenta una declaración por separado), anote los gastos por intereses hipotecarios de su vivienda (incluyendo las primas del seguro hipotecario) . . .	6c \$ _____
d	Donaciones caritativas. Anote las donaciones en exceso del 0.5% (0.005) de su ingreso total .	6d \$ _____
e	Otras deducciones detalladas. Anote la cantidad de otras deducciones detalladas	6e \$ _____
7	Suma las líneas 6a , 6b , 6c , 6d y 6e . Anote el resultado aquí	7 \$ _____
8	Limitación de las deducciones detalladas.	
a	Anote su ingreso total	8a \$ _____
b	Reste la línea 4 de la línea 8a . Si la línea 4 es mayor que la línea 8a , anote "-0-" aquí y en la línea 10 . Omita la línea 9	8b \$ _____
9	Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$768,700, \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos} \\ \bullet \$640,600, \text{ si es soltero o cabeza de familia} \\ \bullet \$384,350, \text{ si es casado que presenta una declaración por separado} \end{array} \right\}$	9 \$ _____
10	Si la línea 9 es mayor que la línea 8b , anote la cantidad de la línea 7 . De lo contrario, multiplique la línea 7 por el 94% (0.94) y anote el resultado aquí	10 \$ _____
11	Deducción estándar.	
	Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$32,200, \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos} \\ \bullet \$24,150, \text{ si es cabeza de familia} \\ \bullet \$16,100, \text{ si es soltero o casado que presenta una declaración por separado} \end{array} \right\}$	11 \$ _____
12	Donaciones caritativas en efectivo. Si usted toma la deducción estándar, anote las donaciones en efectivo hasta \$1,000 (\$2,000, si es casado que presenta una declaración conjunta)	12 \$ _____
13	Suma las líneas 11 y 12 . Anote el resultado aquí	13 \$ _____
14	Si la línea 10 es mayor que la línea 13 , reste la línea 11 de la línea 10 y anote el resultado aquí. Si la línea 13 es mayor que la línea 10 , anote la cantidad de la línea 12	14 \$ _____
15	Suma las líneas 2 , 4 , 5 y 14 . Anote el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4	15 \$ _____

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

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja — Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$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	\$480	\$850	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	480	1,480	1,850	2,050	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,620
\$20,000 - 29,999	480	1,480	2,480	3,050	3,250	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	3,820	4,820
\$30,000 - 39,999	850	1,850	3,050	3,620	3,820	3,990	3,990	3,990	3,990	4,390	5,390	6,390
\$40,000 - 49,999	850	2,050	3,250	3,820	4,020	4,190	4,190	4,190	4,590	5,590	6,590	7,590
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,360	4,360	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,360	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760	9,760
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760	9,760	10,760
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,240	5,440	6,610	7,610	8,610	9,610	10,610	11,610	12,610
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,840	9,040	10,210	11,210	12,210	13,210	14,210	15,360	16,560
\$150,000 - 239,999	1,870	4,100	6,500	8,270	9,670	11,040	12,240	13,440	14,640	15,840	17,040	18,240
\$240,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,610	10,010	11,380	12,580	13,780	14,980	16,180	17,380	18,580
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,610	10,010	11,380	12,580	13,860	15,860	17,860	19,860	21,860
\$365,000 - 524,999	2,720	5,920	9,390	12,260	14,760	17,230	19,530	21,830	24,130	26,430	28,730	31,030
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,610	16,310	18,980	21,480	23,980	26,480	28,980	31,480	33,990

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja — Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$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	\$90	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,070	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,970
\$10,000 - 19,999	850	1,780	1,980	1,980	2,030	3,030	3,830	3,830	3,830	3,830	3,930	4,130
\$20,000 - 29,999	1,020	1,980	2,180	2,230	3,230	4,230	5,030	5,030	5,030	5,130	5,330	5,530
\$30,000 - 39,999	1,020	1,980	2,230	3,230	4,230	5,230	6,030	6,030	6,130	6,330	6,530	6,730
\$40,000 - 59,999	1,020	2,880	4,080	5,080	6,080	7,080	7,950	8,150	8,350	8,550	8,750	8,950
\$60,000 - 79,999	1,870	3,830	5,030	6,030	7,100	8,300	9,300	9,500	9,700	9,900	10,100	10,300
\$80,000 - 99,999	1,870	3,830	5,100	6,300	7,500	8,700	9,700	9,900	10,100	10,300	10,500	10,700
\$100,000 - 124,999	2,030	4,190	5,590	6,790	7,990	9,190	10,190	10,390	10,590	10,940	11,940	12,940
\$125,000 - 149,999	2,040	4,200	5,600	6,800	8,000	9,200	10,200	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,200	5,600	6,800	8,150	10,150	11,950	12,950	13,950	14,950	16,170	17,470
\$175,000 - 199,999	2,040	4,200	6,150	8,150	10,150	12,150	13,950	15,020	16,320	17,620	18,920	20,220
\$200,000 - 249,999	2,720	5,680	7,880	10,140	12,440	14,740	16,840	18,140	19,440	20,740	22,040	23,340
\$250,000 - 449,999	2,970	6,230	8,730	11,030	13,330	15,630	17,730	19,030	20,330	21,630	22,930	24,240
\$450,000 y más	3,140	6,600	9,300	11,800	14,300	16,800	19,100	20,600	22,100	23,600	25,100	26,610

Cabeza de Familia

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja — Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$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	\$280	\$850	\$950	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,560	\$1,870	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	280	1,280	1,950	2,150	2,220	2,220	2,220	2,760	3,760	4,070	4,070	4,210
\$20,000 - 29,999	850	1,950	2,720	2,920	2,980	2,980	3,520	4,520	5,520	5,830	5,980	6,180
\$30,000 - 39,999	950	2,150	2,920	3,120	3,180	3,720	4,720	5,720	6,720	7,180	7,380	7,580
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,980	3,570	4,640	5,640	6,640	7,750	8,950	9,460	9,660	9,860
\$60,000 - 79,999	1,020	2,610	4,370	5,570	6,640	7,750	8,950	10,150	11,350	11,860	12,060	12,260
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,830	7,150	8,410	9,610	10,810	12,010	13,210	13,720	13,920	14,120
\$100,000 - 124,999	1,870	4,270	6,230	7,630	8,900	10,100	11,300	12,500	13,700	14,210	14,720	15,720
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,400	7,800	9,070	10,270	11,470	12,670	14,580	15,890	16,890	17,890
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,400	7,800	9,070	10,580	12,580	14,580	16,580	17,890	18,890	20,170
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,400	8,510	10,580	12,580	14,580	16,580	18,710	20,320	21,620	22,920
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,680	10,900	13,270	15,570	17,870	20,170	22,470	24,080	25,380	26,680
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,540	12,040	14,410	16,710	19,010	21,310	23,610	25,220	26,520	27,820
\$450,000 y más	3,140	6,840	10,110	12,810	15,380	17,880	20,380	22,880	25,380	27,190	28,690	30,190

Utah Department of Health & Human Services
Division of Licensing & Background Checks
195 North 1950 West, Salt Lake City, Utah 84116



Utah Department of
Health & Human
Services

DHHS/DLBC
Sept 2023
For DSPD/SAS Fiscal

Background check information worksheet
DSPD/SAS Fiscal Agents

1. Applicant information, authorization and release This section must be completed by the applicant. Missing information or unreadable applications will be returned.							
Legal first name:		Given middle name. Indicate if middle name is an initial only: Use N/A if no middle name.			Current legal last name:		
List all maiden, alias & previous married names:					Phone # cell or home (circle one):		
Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY		Social security number: _____ (Enter you full social security number)			Email address:		
Mailing address:			City:		State:	ZIP code:	
2. In the last five (5) years, have you lived in or have you spent six (6) or more consecutive months in a U.S. state besides Utah?							
☐ Yes ☐ No		If yes, list each state separately. Additional documentation may be required. Do not list states in which you spent time for religious, educational, or military service as long as the primary state of residence is maintained.					
State	County	From month/year		To month/year			
3. Submit a copy of your social security card and current driver license, state identification card, passport, or military ID for verification of identity and complete the fields below. Applicants who wish to do a virtual meeting in lieu of mailing sensitive information may request one.							
Circle valid identification type (Driving privilege cards are not acceptable forms of I.D.) Drivers license State ID Passport Military		State/country issued		ID Number		Expiration date (mm/dd/yyyy)	Gender
		Eye color	Hair color	Height	Weight	Race (please circle) Asian/Pacific Islander Black Native American White Hispanic	Place of birth
4. Authorization must be given to the Utah Department of Health and Human Services Office of Background Processing to complete the background check. This will come in an email from noreply@innovativearchitects.com. You have 5 days from the time this application is submitted to complete the electronic disclosure form:							
☐ I acknowledge I must complete the electronic disclosure form via email from noreply@innovativearchitects.com to proceed with the background check.							
☐ I do not have the ability to complete the electronic disclosure form via email which may cause the background check to close.							
5. Fingerprints (check one box): ☐ For those who are in Utah: I request the fiscal agent to send the Livescan Authorization Form and will do Livescan fingerprints.				☐ For those who are not in Utah: I am submitting 2 copies of rolled fingerprints with this application.			
6. Fiscal agent program name:							
8. Applicant signature: _____ Date: _____							