

* Required to submit

EMPLOYEE INFORMATION FORM

PERSONAL				
LAST NAME *	FIRST NAME *	MIDDLE	NICKNAME	SOCIAL SECURITY NUMBER *
STREET ADDRESS *			DATE OF BIRTH *	
CITY *	STATE *	COUNTY *	ZIP *	
HOME PHONE	CELL PHONE *		E-MAIL ADDRESS	
EMERGENCY CONTACT - PRIMARY				
NAME *			RELATIONSHIP *	
HOME PHONE	CELL PHONE *	WORK PHONE	EVENING PHONE	
ADDRESS				
EMERGENCY CONTACT - SECONDARY				
NAME *			RELATIONSHIP *	
HOME PHONE	CELL PHONE *	WORK PHONE	EVENING PHONE	
ADDRESS				
TO BE COMPLETED BY HUMAN RESOURCES				
DATE OF HIRE	JOB TITLE	DEPARTMENT	REPORTS TO	
DIVISION <input type="checkbox"/> Boat <input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> Residential <input type="checkbox"/> Janitorial <input type="checkbox"/> Floater	HOURLY RATE	EMPLOYMENT CLASSIFICATION <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Non-Exempt	EMPLOYMENT TYPE <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time, _____ hours <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Temporary	
	ANNUAL SALARY (if exempt)			
EEO CLASSIFICATION <input type="checkbox"/> Exec/Sr. Level Officials and Managers <input type="checkbox"/> Administrative Support <input type="checkbox"/> Professional <input type="checkbox"/> Craft Worker <input type="checkbox"/> First/Mid Level Officials and Managers <input type="checkbox"/> Technician <input type="checkbox"/> Laborers and Helpers <input type="checkbox"/> Sales Worker				

* Required to submit

HANDBOOK ACKNOWLEDGEMENT

I, X, acknowledge that:

1. I have been offered a copy and an opportunity to review the Schuman's Cleaning Service Employee Handbook, and understand that I am responsible for knowing and understanding its contents. I understand that I should contact my manager regarding any questions I have about the Handbook or the policies described herein.
 - Note: All employees have access to our handbook at any time during their employment. All supervisors have a copy of the handbook; each van has a binder containing the handbook and copies are available at our office. Employees may request a personal copy at any time by contacting the office.
1. My employment is entirely at-will and for no definite duration. I can terminate my employment with the Company at any time, with or without cause or notice, and the Company reserves the right to do the same.
2. Nothing in this Handbook or any other Company policy or practice in any way creates an express or implied contract of employment, or a guarantee of employment, continued employment, or any benefit. No statement of any person, whether in writing or otherwise, shall constitute a contract or guarantee of employment unless expressly stated in a written agreement signed by the Company President and me.
3. This Handbook constitutes only an overview of some of the guidelines relating to work rules and other policies and practices, and a summary of benefits. All rules, policies, practices, wages, and benefits, regardless of whether they are contained or described in this Handbook, may be unilaterally changed, amended, modified, reduced, or discontinued by the Company at any time, in its sole judgment and discretion.
4. This Handbook supersedes in all respects any and all prior Handbooks, policies, agreements, rules, benefits, procedures, practices, and statements of the Company (except express written employment agreements and nondisclosure agreements).
5. I have read and understand the **Equal Employment Opportunity Policy**, the **Anti-Harassment and Anti-Discrimination Policy**, and the **Workplace Violence Policy**. I will immediately report any perceived violations of these policies.

X

Signature

X

Employee Name (Please Print)

X

Date

Please return this form to the HR Coordinator within 7 days of your hire date.

(Not required to submit)

DIRECT DEPOSIT FORM

Schuman Cleaning Service is pleased to offer direct deposit of employee paychecks to the bank(s) and account(s) of your choice. To arrange for direct deposit please complete this form and **attach a voided check** to verify your account number and routing number. Your direct deposit should begin within two pay periods after the form is received.

Please notify us immediately if you close or if there are changes in your bank account.

New Enrollment Change Information Cancel Enrollment

I authorize Schuman Cleaning Service and the financial institution(s) listed below to initiate electronic credit entries and, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error to my account(s) indicated below each payday.

Note: This direct deposit will remain in full force and effect until written notice has been received.

EMPLOYEE NAME: _____ SSN: _____
(Please print name as it appears on your account)

SIGNATURE: _____ DATE: _____

BANK INFORMATION	
Direct Deposit #1	Direct Deposit #2
Bank Name	Bank Name
Branch Address	Branch Address
Branch Phone Number	Branch Phone Number
Account Type <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings	Account Type <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings
Please deposit: <input type="checkbox"/> Entire Check Or <input type="checkbox"/> Specific Amount _____	Please deposit: <input type="checkbox"/> Entire Check Or <input type="checkbox"/> Specific Amount _____
Account Number	Account Number
Routing Number	Routing Number

PROPERTY AND WAGE DEDUCTION AGREEMENT

I agree that upon demand I will satisfy all my debts to Schuman's Cleaning Service ("the Company") which are due, and owing at the time demand is made. I understand that this Agreement encompasses any and all debts, including but not limited to, those representing any amounts which may be due the company as a result of any loans, advances, commissions or otherwise, made to me by the Company, any overpayment of wages or any other amounts which I may lawfully owe the company, any compensation paid to me for unearned vacation time which I took but had not accrued, any travel and company business advances made to me by the company (to the extent that they exceed amounts that I expend for business travel and other purposes), reimbursement for tuition expenses paid by the company (if any) should I fail to comply with the company's educational assistance guidelines, or losses to the property and/or equipment due to employee negligence.

I understand that I may be given equipment and/or property for use in my job, (i.e. computer, printer, fax machine, cell phone, Company keys and Employee Handbook) and such property are to be used for the purpose of conducting business for the Company, and remains the exclusive property of the Company. Further, I understand that the company reserves the right to change the terms of and/or revoke my use of any of its property. I agree to return all such property to the company within 24 hours of the end of my employment, or whenever requested and that I must compensate for the full value, as determined by the company, to replace or repair any property that is damaged or not returned.

In the event that I fail to pay any sums which I owe, including but not limited to those listed above, I authorize the Company to deduct the applicable sums from any monies, including wages, bonus, commissions, severance pay, or salary due to me from the company. I understand and agree that this Agreement is an express writing by me authorizing a deduction from my wages, as permitted under State Law. The authorization for these deductions does not waive or limit the company's rights to any other remedy it may have by law for payment or collection and the company shall be entitled to reasonable attorneys' fees and costs expended in order to obtain payment or collection.

I CONFIRM THAT I UNDERSTAND AND AGREE TO THE TERMS OF THIS AGREEMENT, INCLUDING THE PAY DEDUCTIONS STATED HEREIN.

*

Signature

*

Employee Name (Please Print)

*

Date

Please return to the HR Coordinator within 7 days.

FORMA
MW 507

Propósito. Complete la Forma MW507 para que su empleador pueda retener de su sueldo el impuesto sobre el ingreso de Maryland correspondiente. Considere que debe completar una nueva Forma MW507 cada año en que se produzca un cambio de su situación personal o financiera.

Instrucciones básicas. Anote en la línea 1 que aparece a continuación el número de exenciones personales que reclamará en su declaración de impuestos. Sin embargo, en el caso de que desee reclamar más exenciones o que su ingreso bruto ajustado supere los \$100,000 si usted es soltero, o casado y presenta declaración por separado (\$150,000, si presenta una declaración conjunta o como cabeza de familia), debe completar la Hoja de Cómputos de Exenciones Personales que aparece en la página 2. Complete la Hoja de Cómputos de Exenciones Personales en la página 2 para ajustar más sus retenciones de Maryland sobre la base de deducciones detalladas y otros determinados gastos que superen su deducción estándar y que no se reclamen en otro trabajo o a través de su cónyuge. Sin embargo, puede reclamar menos (o ninguna) exención.

Retención adicional por período de pago según el acuerdo con el empleador. Si usted no tiene suficiente impuesto retenido, puede solicitarle a su empleador que retenga más al anotar una suma adicional en la línea 2.

Exención de la retención. Usted puede tener derecho a reclamar una exención de la retención del impuesto sobre el ingreso de Maryland si:

- a. el año pasado no debió impuesto sobre el ingreso de Maryland y tuvo derecho a un reembolso del total de cualquier impuesto retenido; Y
- b. este año no espera deber impuesto sobre el ingreso de Maryland y espera tener derecho a un reembolso del total del impuesto sobre el ingreso retenido.

Si usted reúne los requisitos para reclamar esta exención, complete la línea 3 para que su empleador no retenga el impuesto sobre el ingreso de Maryland de sus salarios.

Los empleados temporales o estudiantes cuyo ingreso anual sea menor al requisito de presentación mínimo, deben reclamar la exención de la retención. Esto brinda más ingreso durante el año y evita la necesidad de presentar una declaración de impuestos sobre el ingreso de Maryland.

Certificado de no residencia en el Estado de Maryland. Complete la línea 4. Esta línea deben completarla los residentes del Distrito de Columbia, Pennsylvania, Virginia o West Virginia que se encuentran empleados en Maryland y que no mantienen un lugar de residencia en Maryland por 183 días o más.

La línea 4 **NO** debe ser utilizada por los residentes de otros estados que trabajan en Maryland, debido a que esas personas son responsables del impuesto sobre el ingreso de Maryland y es necesario que se aplique una retención de sus salarios.

Si su domicilio se encuentra en el Distrito de Columbia, Pennsylvania o Virginia, y usted mantiene un lugar de residencia en Maryland por 183 días o más, se convierte en residente estatutario de Maryland y debe presentar una declaración para residentes en la que informe su ingreso total en Maryland. Usted debe solicitar al estado de su domicilio un crédito tributario al que puede tener derecho conforme a las disposiciones recíprocas de la ley. Si su domicilio se encuentra en West Virginia, no es necesario que pague el impuesto sobre el ingreso de Maryland por el ingreso de sueldos y salarios, independientemente del tiempo que pueda haber pasado en Maryland.

En la Ley de Asistencia Civil para miembros en Servicio (SCRA), según la enmienda de la Ley de Asistencia a la Residencia de Cónyuges de Militares, usted podrá estar exento del impuesto sobre el ingreso de Maryland sobre sus salarios si (i) su cónyuge es miembro de las Fuerzas Armadas presentes en Maryland en cumplimiento de órdenes militares; (ii) usted se encuentra en Maryland solamente para estar con su cónyuge; y (iii) usted mantiene su domicilio en otro estado. Si reclama una exención según la SCRA, anote su estado en el domicilio (residencia legal) en la Línea 5; anote

"EXEMPT" (EXENTO) en la casilla de la derecha en la Línea 5; y adjunte una copia de su tarjeta de identificación militar conyugal a la Forma MW507.

Deberes y responsabilidades del empleador. Conserve este certificado para sus registros. Debe enviar una copia de este certificado y documentos adjuntos que la acompañan a: Compliance Division, Compliance Programs Section, 301 West Preston Street, Baltimore, MD 21201, cuando lo reciba si:

- 1. tiene motivos para pensar que este certificado no es correcto;
- 2. el empleado reclama más de 10 exenciones;
- 3. el empleado reclama una exención de la retención porque no tenía impuestos por pagar para el año tributario anterior, o espera no tener impuestos a pagar este año, y se espera que los salarios superen los \$200 semanales;
- 4. el empleado reclama una exención de la retención por no residencia; o
- 5. el empleado reclama una exención de la retención según la Ley de Asistencia a la Residencia de Cónyuges de Militares.

Al recibir cualquier certificado de exención (Forma MW 507), la División de Acatamiento tomará una decisión, y usted será notificado en caso de que sea necesario algún cambio.

Una vez que el certificado recibe la anulación del Contralor, el empleador debe enviar un nuevo certificado del empleado al Contralor para la aprobación antes de poner en efecto el nuevo certificado.

Si un empleado reclama una exención conforme a 3 más arriba, debe presentarse un nuevo certificado de exención antes del 15 de febrero del siguiente año.

Deberes y responsabilidades del empleado. Si algún día durante el año calendario, el número de exenciones de la retención que el empleado tiene derecho a reclamar es menor al número de exenciones reclamadas en el certificado vigente de exenciones de la retención, el empleado deberá presentar un nuevo certificado de exención de retención al empleador dentro de los 10 días luego de que se efectúe el cambio.

FORMA
MW 507 **Certificado de Exención de la Retención para Empleados de Maryland**

Nombre completo en letra de imprenta ✱	Número de Seguro Social ✱
Ciudad de la Dirección Postal, Estado, Código Postal ✱	Condado de residencia (o Ciudad de Baltimore) ✱

✱ Soltero/a Casado (cónyuge sobreviviente o Cabeza de Familia no casado) Tasa Casado, pero retiene a una Tasa de Soltero

1. Número total de exenciones que está reclamando, que no debe exceder el número de la línea f en la Hoja de Cómputos de Exenciones Personales de la página 2	1. <input style="width: 50px;" type="text"/>
2. Retención adicional por período de pago conforme al acuerdo con el empleador	2. \$ <input style="width: 50px;" type="text"/>
3. Reclamo la exención de la retención debido a que no espero deber impuestos de Maryland. Vea las instrucciones anteriores y marque las casillas que correspondan. <input type="checkbox"/> a. El año pasado no debí impuesto sobre el ingreso de Maryland y tuve derecho a un reembolso total del impuesto sobre el ingreso retenido, y <input type="checkbox"/> b. Este año no espero deber impuesto sobre el ingreso de Maryland y espero tener derecho a un reembolso total del impuesto sobre el ingreso retenido. (Esto incluye a los empleados temporales y a los que estudian cuyo ingreso anual será menor al requisito de declaración mínimo). Si tanto a como b corresponden, introduzca el año correspondiente _____ (año efectivo) Anote "EXEMPT" aquí	3. <input style="width: 50px;" type="text"/>
4. Reclamo la exención de la retención, debido a que mi domicilio se encuentra en uno de estos estados. Marque el estado que corresponda. <input type="checkbox"/> Distrito de Columbia <input type="checkbox"/> Pennsylvania <input type="checkbox"/> Virginia <input type="checkbox"/> West Virginia Certifico además que no mantengo un lugar de residencia en Maryland tal como se describió en las instrucciones anteriores. Anote "EXEMPT" aquí	4. <input style="width: 50px;" type="text"/>
5. Certifico que soy residente estatutario del estado de _____ y que no estoy sujeto a la retención para empleados de Maryland debido a que cumplo con los requisitos establecidos en la Ley de Asistencia Civil para Miembros en Servicio, según la enmienda de la Ley de Asistencia a la Residencia de Cónyuges de Militares. Anote "EXEMPT" aquí	5. <input style="width: 50px;" type="text"/>

Certifico además, bajo **pena de falso testimonio**, que tengo derecho al número de deducciones de la retención reclamado en la línea 1 más arriba o, en caso de reclamar una exención de la retención, que tengo derecho a reclamar el estado de exención de la línea 3, 4 ó 5, la que corresponda.

Firma del empleado ✱	Fecha ✱
Nombre y dirección del empleador (incluya el código postal). (Para uso del empleador solamente)	Número de identificación patronal federal

Hoja de Cómputos de Exenciones Personales

Línea 1

- a. Multiplique el número de sus exenciones personales por el valor de cada exención que figura en la tabla a continuación. (Generalmente el valor de su exención será de \$3,200; sin embargo, si se espera que su ingreso bruto federal ajustado sea superior a \$100,000, es posible que el valor de su exención se reduzca). **No reclame ninguna exención personal que actualmente reclame en otro empleo ni tampoco una que reclame su cónyuge.** A fin de reunir los requisitos como dependiente, usted debe tener derecho a una exención para su dependiente en su declaración federal del impuesto sobre el ingreso para el correspondiente año tributario. **NOTA:** Es posible que los contribuyentes dependientes no puedan reclamarse a sí mismos como una exención. a. _____
- b. Multiplique el número de exenciones adicionales que reclama para dependientes de 65 años o más por el valor de cada exención que figura en la tabla a continuación. b. _____
- c. Anote la cantidad estimada de sus deducciones detalladas (excluyendo los impuestos locales y estatales) que excedan la cantidad de su deducción estándar, pensiones alimenticias, gastos permitidos por cuidado de menores, contribuciones de retiro que reúnan los requisitos, pérdidas comerciales y gastos comerciales del empleado para el año. No reclame ninguna cantidad adicional que actualmente reclame en otro empleo ni tampoco una que reclame su cónyuge. **NOTA:** La asignación de la deducción estándar es el 15% del ingreso bruto ajustado de Maryland con un mínimo de \$1,500 y un máximo de \$2,000. c. _____
- d. Anote \$1,000 para las exenciones adicionales del contribuyente o cónyuge que tenga por lo menos 65 años o sea ciego. ... d. _____
- e. Sume el total de las líneas desde la a hasta la d. e. _____
- f. Divida la cantidad de la línea e por \$3,200. **Elimine cualquier fracción. No redondee hacia arriba. Éste es el máximo número de exenciones que puede reclamar a los fines del impuesto de retención.** f. _____

Si su ingreso bruto ajustado (AGI) federal es de		Si presenta su declaración de impuestos	
		Soltero/a o Casado/a que presenta Declaración por Separado Su exención es de	Persona que presenta Declaración Conjunta Cabeza de Familia o Viudo/a que reúne los requisitos Su exención es de
\$100,000 o menos		\$3,200	\$3,200
Más de	Pero no más de		
\$100,000	\$125,000	\$2,400	\$3,200
\$125,000	\$150,000	\$1,800	\$3,200
\$150,000	\$175,000	\$1,200	\$2,400
\$175,000	\$200,000	\$1,200	\$1,800
\$200,000	\$250,000	\$600	\$1,200
Más de \$250,000		\$600	\$600

INFORMACIÓN SOBRE LA LEY FEDERAL DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Deben incluirse los números de Seguro Social. La revelación obligatoria de su número de Seguro Social está autorizada por las disposiciones establecidas en el Artículo General de Impuestos del Código Anotado de Maryland. Esos números se utilizan principalmente para administrar y exigir el cumplimiento de las leyes de impuestos sobre el ingreso personal y para intercambiar información de impuestos sobre el ingreso con el Servicio de Impuestos Internos, con otros estados y con otros funcionarios fiscales de este estado. La información presentada a otros organismos o a otras personas debe ser utilizada únicamente con el fin de administrar las leyes impositivas o las leyes específicas administradas por parte de la persona que tiene el derecho legal de obtenerla.

**MARYLAND
FORM
MW507**

Purpose. Complete Form MW507 so that your employer can withhold the correct Maryland income tax from your pay. Consider completing a new Form MW507 each year and when your personal or financial situation changes.

Basic Instructions. Enter on line 1 below, the number of personal exemptions you will claim on your tax return. However, if you wish to claim more exemptions, or if your adjusted gross income will be more than \$100,000 if you are filing single or married filing separately (\$150,000, if you are filing jointly or as head of household), you must complete the Personal Exemption Worksheet on page 2. Complete the Personal Exemption Worksheet on page 2 to further adjust your Maryland withholding based on itemized deductions, and certain other expenses that exceed your standard deduction and are not being claimed at another job or by your spouse. However, you may claim fewer (or zero) exemptions.

Additional withholding per pay period under agreement with employer. If you are not having enough tax withheld, you may ask your employer to withhold more by entering an additional amount on line 2.

Exemption from withholding. You may be entitled to claim an exemption from the withholding of Maryland income tax if:

- a. Last year you did not owe any Maryland Income tax and had a right to a full refund of any tax withheld; AND,
- b. This year you do not expect to owe any Maryland income tax and expect to have a right to a full refund of all income tax withheld.

If you are eligible to claim this exemption, complete Line 3 and your employer will not withhold Maryland income tax from your wages.

Students and Seasonal Employees whose annual income will be below the minimum filing requirements should claim exemption from withholding. This provides more income throughout the year and avoids the necessity of filing a Maryland income tax return.

Certification of nonresidence in the State of Maryland. Complete Line 4. This line is to be completed by residents of the District of Columbia, Virginia or West Virginia who are employed in Maryland and who do not maintain a place of abode in Maryland for 183 days or more.

Residents of Pennsylvania who are employed in Maryland and who do not maintain a place of abode in Maryland for 183 days or more, should complete line 5 to exempt themselves from the state portion of the withholding tax. These employees are still liable for withholding tax at the rate in effect for the Maryland county in which they are employed, unless they qualify for an exemption on either line 6 or line 7. Pennsylvania residents of York and Adams counties may claim an exemption from the local withholding tax by completing line 6. Pennsylvania residents living in other local jurisdictions which do not impose an earnings or income tax on Maryland residents may claim an exemption by completing line 7. Employees qualifying for exemption under 6 or 7, should also write "EXEMPT" on line 4.

Line 4 is **NOT** to be used by residents of other states who are working in Maryland, because such persons are liable for Maryland income tax and withholding from

their wages is required.

If you are domiciled in the District of Columbia, Pennsylvania or Virginia and maintain a place of abode in Maryland for 183 days or more, you become a statutory resident of Maryland and you are required to file a resident return with Maryland reporting your total income. You must apply to your domicile state for any tax credit to which you may be entitled under the reciprocal provisions of the law. If you are domiciled in West Virginia, you are not required to pay Maryland income tax on wage or salary income, regardless of the length of time you may have spent in Maryland.

Under the Servicemembers Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act, you may be exempt from Maryland income tax on your wages if (i) your spouse is a member of the armed forces present in Maryland in compliance with military orders; (ii) you are present in Maryland solely to be with your spouse; and (iii) you maintain your domicile in another state. If you claim exemption under the SCRA enter your state of domicile (legal residence) on Line 8; enter "EXEMPT" in the box to the right on Line 8; and attach a copy of your spousal military identification card to Form MW507. **In addition, you must also complete and attach Form MW507M.**

Duties and responsibilities of employer. Retain this certificate with your records. You are required to submit a copy of this certificate and accompanying attachments to the Compliance Division, Compliance Programs Section, 301 West Preston Street, Baltimore, MD 21201, when received if:

1. You have any reason to believe this certificate is incorrect;
2. The employee claims more than 10 exemptions;
3. The employee claims an exemption from withholding because he/she had no tax liability for the preceding tax year, expects to incur no tax liability this year and the wages are expected to exceed \$200 a week;
4. The employee claims an exemption from withholding on the basis of nonresidence; or
5. The employee claims an exemption from withholding under the Military Spouses Residency Relief Act.

Upon receipt of any exemption certificate (Form MW507), the Compliance Division will make a determination and notify you if a change is required.

Once a certificate is revoked by the Comptroller, the employer must send any new certificate from the employee to the Comptroller for approval before implementing the new certificate.

If an employee claims exemption under 3 above, a new exemption certificate must be filed by February 15th of the following year.

Duties and responsibilities of employee. If, on any day during the calendar year, the number of withholding exemptions that the employee is entitled to claim is less than the number of exemptions claimed on the withholding exemption certificate in effect, the employee must file a new withholding exemption certificate with the employer within 10 days after the change occurs.

FORM MW507 Employee's Maryland Withholding Exemption Certificate

Print full name X	Social Security Number X
Street Address, City, State, ZIP X	County of residence (Nonresidents enter Maryland county (or Baltimore City) where you are employed.) X
<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married (surviving spouse or unmarried Head of Household) Rate <input type="checkbox"/> Married, but withhold at Single rate	

1. Total number of exemptions you are claiming not to exceed line f in Personal Exemption Worksheet on page 2. 1. _____ X
2. Additional withholding per pay period under agreement with employer. 2. _____
3. I claim exemption from withholding because I do not expect to owe Maryland tax. See instructions above and check boxes that apply.
 - a. Last year I did not owe any Maryland income tax and had a right to a full refund of all income tax withheld and
 - b. This year I do not expect to owe any Maryland income tax and expect to have the right to a full refund of all income tax withheld. (This includes seasonal and student employees whose annual income will be below the minimum filing requirements). If both a and b apply, enter year applicable _____ (year effective) Enter "EXEMPT" here 3. _____
4. I claim exemption from withholding because I am domiciled in one of the following states. Check state that applies.
 - District of Columbia Virginia West Virginia
 - I further certify that I do not maintain a place of abode in Maryland as described in the instructions above. Enter "EXEMPT" here. 4. _____
5. I claim exemption from Maryland **state** withholding because I am domiciled in the Commonwealth of Pennsylvania and I do not maintain a place of abode in Maryland as described in the instructions on Form MW507. Enter "EXEMPT" here. 5. _____
6. I claim exemption from Maryland **local** tax because I live in a local Pennsylvania jurisdiction within York or Adams counties. Enter "EXEMPT" here and on line 4 of Form MW507. 6. _____
7. I claim exemption from Maryland **local** tax because I live in a local Pennsylvania jurisdiction that does not impose an earnings or income tax on Maryland residents. Enter "EXEMPT" here and on line 4 of Form MW507. 7. _____
8. I certify that I am a legal resident of the state of _____ and am not subject to Maryland withholding because I meet the requirements set forth under the Servicemembers Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act. Enter "EXEMPT" here. 8. _____

Under the penalty of perjury, I further certify that I am entitled to the number of withholding allowances claimed on line 1 above, or if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status on whichever line(s) I completed.

Employee's signature X	Date X
Employer's name and address including ZIP code (For employer use only)	Federal Employer Identification Number

Personal Exemptions Worksheet

Line 1

- a. Multiply the number of your personal exemptions by the value of each exemption from the table below. (Generally the value of your exemption will be \$3,200; however, if your federal adjusted gross income is expected to be over \$100,000, the value of your exemption may be reduced. **Do not claim any personal exemptions you currently claim at another job, or any exemptions being claimed by your spouse.** To qualify as your dependent, you must be entitled to an exemption for the dependent on your federal income tax return for the corresponding tax year. **NOTE:** Dependent taxpayers may not claim themselves as an exemption. a. _____
- b. Multiply the number of additional exemptions you are claiming for dependents 65 years old or older by the value of each exemption from the table below. b. _____
- c. Enter the estimated amount of your itemized deductions (excluding state and local income taxes) that exceed the amount of your standard deduction, alimony payments, allowable childcare expenses, qualified retirement contributions, business losses and employee business expenses for the year. Do not claim any additional amounts you currently claim at another job or any amounts being claimed by your spouse. **NOTE:** Standard deduction allowance is 15% of Maryland adjusted gross income with a minimum of \$1,500 and a maximum of \$2,000. c. _____
- d. Enter \$1,000 for additional exemptions for taxpayer and/or spouse at least 65 years old and/or blind. d. _____
- e. Add total of lines a through d. e. _____
- f. Divide the amount on line e by \$3,200. **Drop any fraction. Do not round up.** This is the **maximum** number of exemptions you may claim for withholding tax purposes. f. _____

If Your federal AGI is		If you will file your tax return	
		Single or Married Filing Separately Your Exemption is	Joint, Head of Household or Qualifying Widow(er) Your Exemption is
\$100,000 or less		\$3,200	\$3,200
Over	But not over		
\$100,000	\$125,000	\$1,600	\$3,200
\$125,000	\$150,000	\$800	\$3,200
\$150,000	\$175,000	\$0	\$1,600
\$175,000	\$200,000	\$0	\$800
In excess of \$200,000		\$0	\$0

FEDERAL PRIVACY ACT INFORMATION

Social Security Numbers must be included. The mandatory disclosure of your Social Security Number is authorized by the provisions set forth in the Tax-General Article of the Annotated Code of Maryland. Such numbers are used primarily to administer and enforce the individual income tax laws and to exchange income tax information with the Internal Revenue Service, other states and other tax officials of this state. Information furnished to other agencies or persons shall be used solely for the purpose of administering tax laws or the specific laws administered by the person having statutory right to obtain it.

Formulario W-4(SP) (2017)

Propósito. Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4(SP) cada año y cuando su situación personal o financiera cambie.

Exención de la retención. Si está exento, llene sólo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2017 vence el 15 de febrero de 2018. Vea la Publicación 505, en inglés.

Nota: Si otra persona puede reclamarlo como dependiente en su declaración de impuestos, usted no puede reclamar la exención de la retención si el total de sus ingresos exceden de \$1,050 e incluyen más de \$350 de ingresos no derivados del trabajo (por ejemplo, intereses y dividendos).

Excepciones. Un empleado podría reclamar una exención de la retención, aun si el empleado es un dependiente, si dicho empleado:

- Tiene 65 años de edad o más,
 - Está ciego o
 - Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos.
- Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

Instrucciones básicas. Si no está exento, llene la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Las hojas de trabajo de la página 2 ajustan aún más sus

descuentos de la retención basado en las deducciones detalladas, ciertos créditos, ajustes a los ingresos o para casos de dos asalariados o personas con múltiples empleos.

Complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. Sin embargo, puede reclamar menos descuentos (o ninguno). Para salarios normales, la retención tiene que basarse en los descuentos que reclamó y no puede ser una cantidad fija ni un porcentaje de los salarios.

Cabeza de familia. Por lo general, puede reclamar el estado de cabeza de familia para efectos de la declaración de impuestos sólo si no está casado y paga más del 50% de los costos de mantener el hogar para usted y para su(s) dependiente(s) u otros individuos calificados. Vea la Publicación 501, en inglés, para más información.

Créditos tributarios. Cuando calcule su número permisible de descuentos de la retención, puede tomar en cuenta créditos tributarios previstos. Los créditos por gastos del cuidado de hijos o de dependientes y el crédito tributario por hijos pueden ser reclamados usando la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales**, a continuación. Vea la Publicación 505 para obtener información sobre la conversión de otros créditos en descuentos de la retención.

Ingresos que no provienen de salarios. Si tiene una cantidad alta de ingresos que no provienen de salarios, tales como intereses o dividendos, considere hacer pagos de impuestos estimados usando el Formulario 1040-ES, en

inglés. De lo contrario, podría adeudar impuestos adicionales. Si tiene ingresos por concepto de pensión o anualidad, vea la Publicación 505 para saber si tiene que ajustar su retención en el Formulario W-4(SP) o W-4P, en inglés.

Dos asalariados o múltiples empleos. Si su cónyuge trabaja o si tiene más de un empleo, calcule el número total de exenciones al cual tiene derecho de reclamar en todos los empleos usando las hojas de trabajo de sólo un Formulario W-4(SP). Su retención usualmente será más precisa cuando todos los descuentos se reclamen en el Formulario W-4(SP) para el empleo que paga más y se reclamen cero descuentos en los demás. Para detalles, vea la Publicación 505.

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

Revise su retención. Después de que su Formulario W-4(SP) entre en vigencia, vea la Publicación 505, en inglés, para saber cómo se compara la cantidad que se le retiene con su cantidad total de impuestos prevista para 2017. Vea la Publicación 505, especialmente si sus ingresos exceden de \$130,000 (Soltero) o de \$180,000 (Casado).

Acontecimientos futuros. Toda información sobre acontecimientos futuros que afecten al Formulario W-4(SP) (como legislación aprobada después de que el formulario ha sido publicado) será anunciada en www.irs.gov/formw4sp.

Hoja de Trabajo para Descuentos Personales (Guardar en sus archivos)

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A
B	Anote "1" si: <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. 	B
C	Anote "1" para su cónyuge . Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	C
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito	F
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces menos "1" si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos 	G
H	Sume las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	H

Para que sea lo más exacto posible, **complete todas las hojas de trabajo que le correspondan.**

- Si piensa **detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos** y desea reducir su impuesto retenido, vea la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**, en la página 2.
- Si es **soltero y tiene más de un empleo** o es **casado y usted y su cónyuge trabajan** y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos** en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos.
- Si **ninguna** de las condiciones anteriores le corresponde, **deténgase aquí** y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H.

----- Separe aquí y entregue su Formulario W-4(SP) a su empleador. Guarde la parte de arriba en sus archivos. -----

Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2017</h1>
1 Su primer nombre e inicial del segundo		2 Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/>
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		5
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago		6 \$
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) 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 ►
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional)
		10 Número de identificación del empleador (EIN)

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si piensa detallar las deducciones o reclamar ciertos créditos o hacer ajustes a los ingresos.

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2017. Éstas incluyen los intereses hipotecarios calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales, gastos médicos que excedan del 10% de sus ingresos y las deducciones misceláneas. Para 2017, quizás tenga que reducir sus deducciones detalladas si sus ingresos exceden de \$313,800 y es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos; \$287,650 si es cabeza de familia; \$261,500 si es soltero y no es cabeza de familia o viudo que reúne los requisitos; o \$156,900 si es casado que presenta una declaración por separado. Vea la Publicación 505, para detalles 1 \$ _____
- 2 Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o es} \\ \text{viudo que reúne los requisitos} \\ \$9,350 \text{ si es cabeza de familia} \\ \$6,350 \text{ si es soltero o casado que presenta la declaración por} \\ \text{separado} \end{array} \right\}$ 2 \$ _____
- 3 **Reste** la cantidad de la línea 2 de la cantidad de la línea 1. Si es cero o menos, anote "-0-" 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de sus ajustes a los ingresos de 2017 y cualquier deducción estándar adicional. (Vea la Publicación 505) 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4 y anote el resultado. (Incluya toda cantidad de créditos de la hoja de trabajo *Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4* (Hoja de trabajo del Formulario W-4 de 2017 para convertir créditos en exenciones de retenciones), la cual se encuentra en la Publicación 505, en inglés) 5 \$ _____
- 6 Anote un estimado de sus ingresos no derivados del trabajo para 2017 (por ejemplo, dividendos o intereses) 6 \$ _____
- 7 **Reste** la cantidad de la línea 6 de la cantidad de la línea 5. Si es cero o menos, anote "-0-" 7 \$ _____
- 8 **Divida** la cantidad de la línea 7 por \$4,050 y anote el resultado aquí. Elimine toda fracción 8 _____
- 9 Anote la cantidad de la línea H de la **Hoja de Trabajo para Descuentos Personales** en la página 1 9 _____
- 10 **Sume** las cantidades de las líneas 8 y 9 y anote el total aquí. Si piensa usar la **Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos**, anote este total también en la línea 1 a continuación. De lo contrario, **deténgase aquí** y anote este total en la línea 5 de la página 1 del Formulario W-4(SP) 10 _____

Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos (Vea Dos asalariados o múltiples empleos, en la página 1).

Nota: Utilice esta hoja de trabajo *únicamente* si las instrucciones debajo de la línea H en la página 1 indican que pase a esta sección.

- 1 Anote la cantidad de la línea H en la página 1 (o de la línea 10, arriba, si utilizó la **Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes**) 1 _____
 - 2 Busque la cantidad en la **Tabla 1**, a continuación, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS BAJO** y anótela aquí. **Sin embargo**, si es casado que presenta una declaración conjunta y el salario del empleo que más le paga es \$65,000 o menos, no anote más de "3" 2 _____
 - 3 Si la línea 1 **excede de o es igual a** la cantidad de la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1. Anote el resultado aquí (si es cero, anote "-0-") y en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. **No siga** con esta hoja de trabajo 3 _____
- Nota:** Si la cantidad de la línea 1 es **menos** que la línea 2, anote "-0-" en la línea 5 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Complete las líneas 4 a 9, a continuación, para calcular la cantidad de impuestos adicionales que se le debe retener para evitar una factura de impuestos al final del año.
- 4 Anote la cantidad de la línea 2 de esta hoja de trabajo 4 _____
 - 5 Anote la cantidad de la línea 1 de esta hoja de trabajo 5 _____
 - 6 **Reste** la cantidad de la línea 5 de la cantidad de la línea 4 6 _____
 - 7 Busque la cantidad de la **Tabla 2**, más adelante, que corresponda al empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** y anótela aquí 7 \$ _____
 - 8 **Multiplique** la cantidad de la línea 7 por la línea 6 y anote el resultado aquí. Ésta es la cantidad de impuestos adicionales anuales que se debe retener 8 \$ _____
 - 9 Divida la cantidad de la línea 8 por los períodos de pago que faltan en 2017. Por ejemplo, divida por 25 si le pagan cada 2 semanas y usted llena este formulario en una fecha de enero cuando quedan 25 períodos de pago para el año 2017. Anote el resultado aquí y en la línea 6 del Formulario W-4(SP) en la página 1. Ésta es la cantidad adicional que se debe retener de cada cheque de pago 9 \$ _____

Tabla 1				Tabla 2			
Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás		Casados que presentan una declaración conjunta		Todos los demás	
Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÍNIMO es—	Anote en la línea 2, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba	Si el salario del empleo que le paga LO MÁXIMO es—	Anote en la línea 7, arriba
\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
7,001 - 14,000	1	8,001 - 16,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 22,000	2	16,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
22,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 y más	1,600
35,001 - 44,000	5	44,001 - 70,000	5	405,001 y más	1,600		
44,001 - 55,000	6	70,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 95,000	10	140,001 y más	10				
95,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 y más	15						

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites.
Solicitamos la información contenida en este formulario para cumplir con las leyes 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 impuestos federales 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 posesiones (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 que la incluya en el *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales que no tienen

que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.
Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o 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 envíenla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Form W-4 (2017)

Purpose. Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. Consider completing a new Form W-4 each year and when your personal or financial situation changes.

Exemption from withholding. If you are exempt, complete **only** lines 1, 2, 3, 4, and 7 and sign the form to validate it. Your exemption for 2017 expires February 15, 2018. See Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Note: If another person can claim you as a dependent on his or her tax return, you can't claim exemption from withholding if your total income exceeds \$1,050 and includes more than \$350 of unearned income (for example, interest and dividends).

Exceptions. An employee may be able to claim exemption from withholding even if the employee is a dependent, if the employee:

- Is age 65 or older,
- Is blind, or
- Will claim adjustments to income; tax credits; or itemized deductions, on his or her tax return.

The exceptions don't apply to supplemental wages greater than \$1,000,000.

Basic instructions. If you aren't exempt, complete the **Personal Allowances Worksheet** below. The worksheets on page 2 further adjust your withholding allowances based on itemized deductions, certain credits, adjustments to income, or two-earners/multiple jobs situations.

Complete all worksheets that apply. However, you may claim fewer (or zero) allowances. For regular wages, withholding must be based on allowances you claimed and may not be a flat amount or percentage of wages.

Head of household. Generally, you can claim head of household filing status on your tax return only if you are unmarried and pay more than 50% of the costs of keeping up a home for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. See Pub. 501, Exemptions, Standard Deduction, and Filing Information, for information.

Tax credits. You can take projected tax credits into account in figuring your allowable number of withholding allowances. Credits for child or dependent care expenses and the child tax credit may be claimed using the **Personal Allowances Worksheet** below. See Pub. 505 for information on converting your other credits into withholding allowances.

Nonwage income. If you have a large amount of nonwage income, such as interest or dividends, consider making estimated tax payments using Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals. Otherwise, you may owe additional tax. If you have pension or annuity income, see Pub. 505 to find out if you should adjust your withholding on Form W-4 or W-4P.

Two earners or multiple jobs. If you have a working spouse or more than one job, figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using worksheets from only one Form W-4. Your withholding usually will be most accurate when all allowances are claimed on the Form W-4 for the highest paying job and zero allowances are claimed on the others. See Pub. 505 for details.

Nonresident alien. If you are a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Check your withholding. After your Form W-4 takes effect, use Pub. 505 to see how the amount you are having withheld compares to your projected total tax for 2017. See Pub. 505, especially if your earnings exceed \$130,000 (Single) or \$180,000 (Married).

Future developments. Information about any future developments affecting Form W-4 (such as legislation enacted after we release it) will be posted at www.irs.gov/w4.

Personal Allowances Worksheet (Keep for your records.)

A	Enter "1" for yourself if no one else can claim you as a dependent	A _____
B	Enter "1" if: { • You're single and have only one job; or • You're married, have only one job, and your spouse doesn't work; or • Your wages from a second job or your spouse's wages (or the total of both) are \$1,500 or less. }	B _____
C	Enter "1" for your spouse . But, you may choose to enter "-0-" if you are married and have either a working spouse or more than one job. (Entering "-0-" may help you avoid having too little tax withheld.)	C _____
D	Enter number of dependents (other than your spouse or yourself) you will claim on your tax return	D _____
E	Enter "1" if you will file as head of household on your tax return (see conditions under Head of household above)	E _____
F	Enter "1" if you have at least \$2,000 of child or dependent care expenses for which you plan to claim a credit (Note: Do not include child support payments. See Pub. 503, Child and Dependent Care Expenses, for details.)	F _____
G	Child Tax Credit (including additional child tax credit). See Pub. 972, Child Tax Credit, for more information. • If your total income will be less than \$70,000 (\$100,000 if married), enter "2" for each eligible child; then less "1" if you have two to four eligible children or less "2" if you have five or more eligible children. • If your total income will be between \$70,000 and \$84,000 (\$100,000 and \$119,000 if married), enter "1" for each eligible child. G _____	G _____
H	Add lines A through G and enter total here. (Note: This may be different from the number of exemptions you claim on your tax return.) H _____	H _____

For accuracy, complete all worksheets that apply.
 • If you plan to **itemize** or **claim adjustments to income** and want to reduce your withholding, see the **Deductions and Adjustments Worksheet** on page 2.
 • If you are **single and have more than one job** or are **married and you and your spouse both work** and the combined earnings from all jobs exceed \$50,000 (\$20,000 if married), see the **Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet** on page 2 to avoid having too little tax withheld.
 • If **neither** of the above situations applies, **stop here** and enter the number from line H on line 5 of Form W-4 below.

----- Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the top part for your records. -----

Form W-4 Department of the Treasury Internal Revenue Service		Employee's Withholding Allowance Certificate		OMB No. 1545-0074 2017	
▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.					
1	Your first name and middle initial	Last name	2	Your social security number	
Home address (number and street or rural route)		3		<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate. Note: If married, but legally separated, or spouse is a nonresident alien, check the "Single" box.	
City or town, state, and ZIP code		4		If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. ▶ <input type="checkbox"/>	
5	Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2)	5			
6	Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck	6	\$		
7	I claim exemption from withholding for 2017, and I certify that I meet both of the following conditions for exemption. • Last year I had a right to a refund of all federal income tax withheld because I had no tax liability, and • This year I expect a refund of all federal income tax withheld because I expect to have no tax liability. If you meet both conditions, write "Exempt" here ▶				
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.					
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶				Date ▶	
8	Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)	9	Office code (optional)	10	Employer identification number (EIN)

Deductions and Adjustments Worksheet

Note: Use this worksheet *only* if you plan to itemize deductions or claim certain credits or adjustments to income.

1	Enter an estimate of your 2017 itemized deductions. These include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes, medical expenses in excess of 10% of your income, and miscellaneous deductions. For 2017, you may have to reduce your itemized deductions if your income is over \$313,800 and you're married filing jointly or you're a qualifying widow(er); \$287,650 if you're head of household; \$261,500 if you're single, not head of household and not a qualifying widow(er); or \$156,900 if you're married filing separately. See Pub. 505 for details	1	\$ _____
2	Enter: $\left\{ \begin{array}{l} \$12,700 \text{ if married filing jointly or qualifying widow(er)} \\ \$9,350 \text{ if head of household} \\ \$6,350 \text{ if single or married filing separately} \end{array} \right\}$	2	\$ _____
3	Subtract line 2 from line 1. If zero or less, enter "-0-"	3	\$ _____
4	Enter an estimate of your 2017 adjustments to income and any additional standard deduction (see Pub. 505)	4	\$ _____
5	Add lines 3 and 4 and enter the total. (Include any amount for credits from the <i>Converting Credits to Withholding Allowances for 2017 Form W-4</i> worksheet in Pub. 505.)	5	\$ _____
6	Enter an estimate of your 2017 nonwage income (such as dividends or interest)	6	\$ _____
7	Subtract line 6 from line 5. If zero or less, enter "-0-"	7	\$ _____
8	Divide the amount on line 7 by \$4,050 and enter the result here. Drop any fraction	8	_____
9	Enter the number from the Personal Allowances Worksheet , line H, page 1	9	_____
10	Add lines 8 and 9 and enter the total here. If you plan to use the Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet , also enter this total on line 1 below. Otherwise, stop here and enter this total on Form W-4, line 5, page 1	10	_____

Two-Earners/Multiple Jobs Worksheet (See *Two earners or multiple jobs* on page 1.)

Note: Use this worksheet *only* if the instructions under line H on page 1 direct you here.

1	Enter the number from line H, page 1 (or from line 10 above if you used the Deductions and Adjustments Worksheet)	1	_____
2	Find the number in Table 1 below that applies to the LOWEST paying job and enter it here. However , if you are married filing jointly and wages from the highest paying job are \$65,000 or less, do not enter more than "3"	2	_____
3	If line 1 is more than or equal to line 2, subtract line 2 from line 1. Enter the result here (if zero, enter "-0-") and on Form W-4, line 5, page 1. Do not use the rest of this worksheet	3	_____

Note: If line 1 is **less than** line 2, enter "-0-" on Form W-4, line 5, page 1. Complete lines 4 through 9 below to figure the additional withholding amount necessary to avoid a year-end tax bill.

4	Enter the number from line 2 of this worksheet	4	_____
5	Enter the number from line 1 of this worksheet	5	_____
6	Subtract line 5 from line 4	6	_____
7	Find the amount in Table 2 below that applies to the HIGHEST paying job and enter it here	7	\$ _____
8	Multiply line 7 by line 6 and enter the result here. This is the additional annual withholding needed	8	\$ _____
9	Divide line 8 by the number of pay periods remaining in 2017. For example, divide by 25 if you are paid every two weeks and you complete this form on a date in January when there are 25 pay periods remaining in 2017. Enter the result here and on Form W-4, line 6, page 1. This is the additional amount to be withheld from each paycheck	9	\$ _____

Table 1				Table 2			
Married Filing Jointly		All Others		Married Filing Jointly		All Others	
If wages from LOWEST paying job are—	Enter on line 2 above	If wages from LOWEST paying job are—	Enter on line 2 above	If wages from HIGHEST paying job are—	Enter on line 7 above	If wages from HIGHEST paying job are—	Enter on line 7 above
\$0 - \$7,000	0	\$0 - \$8,000	0	\$0 - \$75,000	\$610	\$0 - \$38,000	\$610
7,001 - 14,000	1	8,001 - 16,000	1	75,001 - 135,000	1,010	38,001 - 85,000	1,010
14,001 - 22,000	2	16,001 - 26,000	2	135,001 - 205,000	1,130	85,001 - 185,000	1,130
22,001 - 27,000	3	26,001 - 34,000	3	205,001 - 360,000	1,340	185,001 - 400,000	1,340
27,001 - 35,000	4	34,001 - 44,000	4	360,001 - 405,000	1,420	400,001 and over	1,600
35,001 - 44,000	5	44,001 - 70,000	5	405,001 and over	1,600		
44,001 - 55,000	6	70,001 - 85,000	6				
55,001 - 65,000	7	85,001 - 110,000	7				
65,001 - 75,000	8	110,001 - 125,000	8				
75,001 - 80,000	9	125,001 - 140,000	9				
80,001 - 95,000	10	140,001 and over	10				
95,001 - 115,000	11						
115,001 - 130,000	12						
130,001 - 140,000	13						
140,001 - 150,000	14						
150,001 and over	15						

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person who claims no withholding allowances; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.



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

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expire 31/08/2019

► **EMPIECE AQUI:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración *(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 Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
*		*				
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	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	
*	*				*	

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas): *

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos	Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos <i>(Vea las instrucciones)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____	
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. <i>(Vea las instrucciones)</i> <i>Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS. Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero</i> 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ ○ 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ ○ 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____	

Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
*	*

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
(Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

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

Firma del Preparador o Traductor			Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)		
Apellido (Nombre Familiar)			Primer Nombre (Nombre de pila)		
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal





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

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expire 31/08/2019

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
---	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Información Adicional </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio </div>
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ *(Vea las instrucciones para excepciones)*

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	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	Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones *(Para ser completado y firmado por el empleador o representante).*

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontratación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

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

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y uno de selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho periodo de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario. 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 la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el FSM o RMI 	<p style="font-size: 2em; margin: 0;">O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 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. 3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo americano 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense <li style="text-align: center;">Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente: 10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones 11. Registro clínico, médico o de hospital 12. Registro guardería o escuela infantil 	<p style="font-size: 2em; margin: 0;">Y</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS. 2. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en la Parte 13 del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.



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

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 08/31/2019

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

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

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

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

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

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

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

Signature of Employee *	Today's Date (mm/dd/yyyy) *
----------------------------	--------------------------------

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

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

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

STOP **Employer Completes Next Page** STOP



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

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 08/31/2019

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

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

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

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)
Document Title		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 200px;"> Additional Information </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space </div>
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)				

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

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

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	LIST B Documents that Establish Identity	LIST C Documents that Establish Employment Authorization		
<ol style="list-style-type: none"> 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 a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status 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 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 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, gender, 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, gender, 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 <li style="text-align: center;">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 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (Form FS-545) 3. Certification of Report of Birth issued by the Department of State (Form DS-1350) 4. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 5. Native American tribal document 6. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 7. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 8. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security

Examples of many of these documents appear in Part 8 of the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.