

Empleo

Nombre del cliente: _____ Número de cliente: _____

Número de empleado	Estado civil	Fecha de contratación	Fecha inicial de servicio	Categoría	

General

Nombre	Inicial del medio Apellido	Género	n.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico	Código de Compensación al Trabajador (si corresponde)				

El formato de letra obscura es obligatorio para la nómina. Para obtener la información más precisa, complete todos los espacios correspondientes.

Ingreso

			<u>Método de pago:</u>	☐ Cheque en efectivo	☐ Tarjeta prepago
Grupo de pago (si aplica)	Frecuencia de pago	Horario habitual		☐ Depósito directo	

Seleccione uno

☐ <u>Tipo de pago:</u> Por hora	☐ <u>Tipo de pago:</u> Salario	☐ <u>Tipo de pago:</u> 1099
Tarifa Regular	Salario bruto	
Tarifa alternativa	☐ Por pago ☐ Anual	☐ <u>Tipo de pago:</u> Otro
	Seleccione uno	

Impuesto Federales

			☐ Bloquear la retención federal
Estado civil para efectos de la declaración Cuadro 1(c)	Dependientes (\$) Cuadro 3	Deducciones (\$) Cuadro 4b	Enlace del IRS: Formulario W-4
☐ Trabajos múltiples Cuadro 2	Otros ingresos (\$) Cuadro 4a	Retención adicional (\$) Cuadro 4c	
			Notas federales específicas adicionales

Impuesto Estatales

			☐ Verificación de domicilio
Lugar de trabajo (Ciudad, Estado)	Estado civil (si corresponde)	Excepción estatal/Dependiente (si corresponde)	☐ Retención local
<u>Retención estatal:</u> Solo aplica si los impuestos estatales y la situación fiscal son diferentes a los federales. (Si aplica retención local, proporcione detalles adicionales). Descargo de responsabilidad: Consulte con las agencias tributarias de su estado individual para obtener los formularios de presentación estatales más actualizados.			☐ Impuestos del distrito escolar
	Cantidad alternativa (% o \$)		☐ Bloquear la retención estatal
		Notas adicionales específicas del estado	

Información Adicional

<u>Plan de salud/médico:</u>	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, detalles/contribución:	
<u>Plan de jubilación:</u>	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, detalles/contribución:	
<u>Organización y Áreas Laborales:</u>	División	Departamento	
<u>Planes de acumulación:</u>	☐ Enfermedad	Nombre del plan:	☐ Tiempo fuera pagado
		Nombre del plan:	

Depósito Directo: se debe completar un formulario adicional y enviarlo por separado.
Las órdenes de manutención infantil y los embargos deben tener documentos ordenados por el tribunal.

Las órdenes de manutención infantil y los embargos deben tener documentos ordenados por el tribunal

Firma del empleado	Nombre del empleado (en letra manuscrita)	Fecha