



SI Contracting, Inc.

FORMULARIO DE ACUERDO DE DEPÓSITO DIRECTO

Acuerdo de autorización

Por la presente autorizo SI CONTRACTING, INC. para iniciar depósitos automáticos a mi cuenta en la institución financiera mencionada a continuación. También autorizo SI CONTRACTING, INC. para hacer retiros de esta cuenta en caso de que una entrada de crédito se hace por error.

Además, estoy de acuerdo en no hacer SI CONTRACTING, INC. responsable de cualquier retraso o pérdida de fondos debido a la información incorrecta o incompleta suministrada por mí o por mi institución financiera o debido a un error por parte de mi institución financiera en el depósito de fondos a mi cuenta.

Este acuerdo permanecerá en vigor hasta que SI CONTRACTING, INC. reciba una notificación de cancelación por escrito de mi parte o de mi institución financiera, o hasta que yo presente un nuevo formulario de depósito directo al Departamento de Nóminas.

Información sobre la cuenta

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

Nombre de la institución financiera: _____

Número de ruta: _____

Número de cuenta: _____ Cuenta corriente | Cuenta de ahorro

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO : _____

Firma

Firma autorizada (principal): _____ Date: _____

Firma autorizada (conjunta): _____ Fecha _____

Adjunte un cheque anulado y devuelva este formulario al Departamento de Nóminas.

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.

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	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

Paso 2: Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan

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

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). 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. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y 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)	\$

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 2025 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2024, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2025, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2024 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2024 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27**, **28** y **29**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2025. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo “*Exempt*” (Exento) en el Formulario W-4 en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 17 de febrero de 2026.

Su privacidad. Los Pasos 2(c) y 4(a) solicitan información relacionada con el ingreso recibido de otras fuentes aparte del trabajo asociado a este Formulario W-4. Si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 2(c), usted puede escoger el Paso 2(b) como alternativa; si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c) como alternativa.

Cuándo usar el estimador de retención de impuestos. Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP si usted:

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

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

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar estos impuestos por medio de la retención de sus salarios, use el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular la cantidad que se tiene que retener.

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

Instrucciones Específicas

Paso 1(c). Verifique su estado civil anticipado para efectos de la declaración. Esto determinará la deducción estándar y las tasas de impuesto utilizadas para calcular su retención.

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan. Presente un Formulario W-4 por separado para cada empleo.

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

En su lugar, si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción **(c)**. El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4 para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional será mayor, mientras más grande sea la diferencia salarial entre los dos empleos.



Múltiples empleos. Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un Formulario W-4. La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto.

Paso 3. Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración). También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

Paso 4(a). Anote en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año, si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún empleo o ingresos del trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), es probable que no tenga que hacer pagos de impuesto estimado para ese ingreso. Si prefiere pagar el impuesto estimado en lugar de tener impuestos sobre otros ingresos retenidos de su cheque de paga, vea el Formulario 1040-ES, Impuesto Estimado Personal.

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea **5** de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2025 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

Paso 4(c). Anote en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su paga en **cada período de pago**, incluida cualquier cantidad proveniente de la línea **4** de la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos**. El anotar una cantidad aquí reducirá su cheque de paga y aumentará su reembolso o reducirá cualquier cantidad de impuesto que usted adeude.

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



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4 (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) sólo en UN Formulario W-4. La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales; o puede utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 Dos empleos. Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila "Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto" y la columna "Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo", encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 1. Luego, pase a la línea 3 1 \$
2 Tres empleos. Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, pase a la línea 3.
a Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila "Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto" y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna "Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo". Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 2a 2a \$
b Sume los salarios anuales de la línea 2a de los dos empleos mejor pagados y utilice ese total como los salarios en la fila "Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto" y utilice los salarios anuales para su tercer empleo en la columna "Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo" para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 y anote esa cantidad en la línea 2b 2b \$
c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c 2c \$
3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario más alto. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etc. 3
4 Divida la cantidad anual en la línea 1 o la línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Anote esta cantidad aquí y en el Paso 4(c) del Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto (junto con cualquier otra retención adicional que desee) 4 \$

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



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2025 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos 1 \$
2 Anote: { \$30,000 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos; \$22,500 si es cabeza de familia; \$15,000 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado } 2 \$
3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote "-0-" 3 \$
4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040)). Vea la Publicación 505 para más información 4 \$
5 Sume las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4 5 \$

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para cumplir con las leyes que rigen la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuesto federal sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE. UU. y territorios estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas, y también al Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para propósitos del National Directory of New Hires (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer

cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Paperwork Reduction Act (Ley de Reducción de Trámites), a menos que el mismo muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

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

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

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

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,170	19,170
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$200	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040
\$10,000 - 19,999	850	1,700	1,870	1,870	2,220	3,220	3,720	3,720	3,720	3,720	3,890	4,090
\$20,000 - 29,999	1,020	1,870	2,040	2,390	3,390	4,390	4,890	4,890	4,890	5,060	5,260	5,460
\$30,000 - 39,999	1,020	1,870	2,390	3,390	4,390	5,390	5,890	5,890	6,060	6,260	6,460	6,660
\$40,000 - 59,999	1,220	3,070	4,240	5,240	6,240	7,240	7,880	8,080	8,280	8,480	8,680	8,880
\$60,000 - 79,999	1,870	3,720	4,890	5,890	7,030	8,230	8,930	9,130	9,330	9,530	9,730	9,930
\$80,000 - 99,999	1,870	3,720	5,030	6,230	7,430	8,630	9,330	9,530	9,730	9,930	10,130	10,580
\$100,000 - 124,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,760	9,960	10,160	10,950	11,950	12,950
\$125,000 - 149,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,950	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,090	5,460	6,660	8,450	10,450	11,950	12,950	13,950	15,080	16,380	17,680
\$175,000 - 199,999	2,040	4,290	6,450	8,450	10,450	12,450	13,950	15,230	16,530	17,830	19,130	20,430
\$200,000 - 249,999	2,720	5,570	7,900	10,200	12,500	14,800	16,600	17,900	19,200	20,500	21,800	23,100
\$250,000 - 399,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$400,000 - 449,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$450,000 y más	3,140	6,490	9,160	11,660	14,160	16,660	18,660	20,160	21,660	23,160	24,660	26,160

Cabeza de Familia

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Alto	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual Más Bajo											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$450	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,890
\$10,000 - 19,999	450	1,450	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	3,180	4,070	4,070	4,090	4,290
\$20,000 - 29,999	850	2,000	2,600	2,800	2,820	2,820	3,780	4,780	5,670	5,690	5,890	6,090
\$30,000 - 39,999	1,000	2,200	2,800	3,000	3,020	3,980	4,980	5,980	6,890	7,090	7,290	7,490
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,820	3,830	4,850	5,850	6,850	8,050	9,130	9,330	9,530	9,730
\$60,000 - 79,999	1,020	3,030	4,630	5,830	6,850	8,050	9,250	10,450	11,530	11,730	11,930	12,130
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,060	8,280	9,480	10,680	11,880	12,970	13,170	13,370	13,570
\$100,000 - 124,999	1,950	4,350	6,150	7,550	8,770	9,970	11,170	12,370	13,450	13,650	14,650	15,650
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,060	11,260	12,860	14,740	15,740	16,740	17,740
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,860	12,860	14,860	16,740	17,740	18,940	20,240
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,640	8,840	10,860	12,860	14,860	16,910	19,090	20,390	21,690	22,990
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,520	10,960	13,280	15,580	17,880	20,180	22,360	23,660	24,960	26,260
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,370	11,870	14,190	16,490	18,790	21,090	23,280	24,580	25,880	27,180
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,940	12,640	15,160	17,660	20,160	22,660	25,050	26,550	28,050	29,550



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

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

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

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

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

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

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar [la certificación de preparador y/o traductor](#) en la página 4.



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

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

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

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

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

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

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

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

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

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

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.		1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.		1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.
2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)		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.		2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).
3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina		3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía		3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.
4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)		4. Tarjeta de Registro de Votante		4. Documento tribal de indio americano
5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.		5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección		5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)
6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI		6. Tarjeta de identificación de dependiente militar		6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)
		7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.		7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 en uscis.gov/i-9-central . El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4 , no es documento de la Lista C.
		8. Documento tribal de indio americano		
		9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense		
		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			

Recibos Aceptables

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Suplemento B, Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

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

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

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

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

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.

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

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

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

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

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

Información Adicional (Inicial y fecha en cada anotación)

Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.



SI Contracting, Inc.

Autoidentificación de raza/etnia

LEA ATENTAMENTE TODAS LAS INSTRUCCIONES ANTES DE RELLENAR ESTE FORMULARIO

Aviso contra la discriminación: Es una práctica ilegal de empleo que un empleador no contrate o se niegue a contratar o despedir a cualquier individuo, o de otra manera discrimine contra cualquier individuo con respecto a los términos y condiciones de empleo de ese individuo, debido a su raza, color, religión, sexo u origen nacional.

Este empleador está sujeto a ciertos requisitos de no discriminación y acción afirmativa de mantenimiento de registros y presentación de informes que requieren que el empleador invite a los empleados a autoidentificar voluntariamente su raza/etnia. La presentación de esta información es voluntaria y la negativa a proporcionarla no le someterá a ningún trato adverso. La información obtenida se mantendrá confidencial y sólo podrá utilizarse de conformidad con las disposiciones de las leyes federales, decretos y reglamentos aplicables, incluidos los que exigen que la información se resuma y comunique al Gobierno Federal a efectos de aplicación de los derechos civiles.

Si decide no autoidentificar su raza/etnia en este momento, el gobierno federal exige que este empleador determine esta información mediante encuesta visual y/u otra información disponible.

Únicamente a efectos de supervisión y aplicación de los derechos civiles, se recopilará y comunicará toda la información sobre raza/etnia en las siete categorías que se indican a continuación. Las definiciones de cada categoría han sido establecidas por el gobierno federal. Si decide autoidentificarse voluntariamente, puede marcar sólo una de las casillas que se presentan a continuación.

INVITACIÓN A LA AUTOIDENTIFICACIÓN

RESPONDA A LA SIGUIENTE PREGUNTA

¿Cuál es su raza/etnia? Marque la casilla que describa la categoría de raza/etnia con la que se identifica principalmente.

- Hispano o latino:** persona de cultura u origen cubano, mexicano, chicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.
- Blanco:** persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.
- Negro o afroamericano** persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Asiático:** persona originaria de cualquiera de los pueblos originarios de Extremo Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico:** persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- Indio americano o nativo de Alaska:** persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- Dos o más razas:** persona que se identifica principalmente con dos o más de las categorías de raza/etnia mencionadas.

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

DECLARACIÓN DE SEGURIDAD

SI Contracting, Inc. está **comprometida** con la seguridad de los empleados y la calidad superior.

Es **la intención** de SI Contracting, Inc. para proporcionar y mantener un ambiente de trabajo seguro y saludable para todos los empleados al tiempo que proporciona el más alto nivel de calidad y servicio disponible para nuestros clientes.

SI Contracting, Inc. **insiste** en que cada empleado sea educado y capacitado en seguridad y prevención de accidentes, compartiendo así la responsabilidad de mantener un ambiente de trabajo libre de peligros.

SI Contracting, Inc. **objetivo final** es lograr un accidente cero y el registro de rendimiento de lesiones al tiempo que sirve a nuestros clientes con una velocidad y precisión ética de trabajo. Esto será logrado por la promoción continua de seguro, eficiente, y hábitos productivos de trabajo y apoyando esta política por en la educación de seguridad de trabajo y entrenando.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

1. COMPRUEBE QUE SU ARNÉS NO PRESENTA RASGADURAS NI ROTURAS
2. ASEGÚRESE DE QUE EL DOBLE CORDÓN ESTÁ BIEN SUJETO
3. 100% DE AMARRE A PARTIR DE 6 PIES, EL GANCHO DE POSICIONAMIENTO NO CUENTA

Fecha: _____

He leído y comprendido la declaración de seguridad de la empresa y acepto participar y compartir la responsabilidad de la formación sobre seguridad en el trabajo.

Firma del empleado: _____

Nombre impreso: _____

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

POLÍTICAS DE DESPIDO

El siguiente es un resumen de las razones de SI Contracting, Inc. para la terminación. Esto no constituye ni implica las políticas de terminación de SI Contracting, Inc. se basan enteramente en este documento. Este documento es simplemente una lista parcial, para uso del nuevo empleado, para ayudar a entender algunas de las razones de terminación que pueden encontrar.

- Reducción de efectivos
- Trabajo terminado
- Lluvia-Inundación-Nieve (Meteorología)
- Conflicto laboral
- Insubordinación (Normalmente incluye no poder volver a ser contratado)
- Mala conducta (Disponibilidad para la recontratación a discreción del superintendente)
- Absentismo (Disponibilidad para recontratación a discreción del superintendente)
- Bajo los efectos de sustancias tóxicas (Normalmente incluye no poder volver a ser contratado)
- Mano de obra deficiente
- No cualificado
- Insatisfechos
- Abandonar la ciudad/estado
- Buscar otro empleo
- Motivos personales
- Enfermedad
- Lesión fuera del trabajo
- No presentarse a trabajar (no llamar/no presentarse normalmente incluye no poder ser recontratado).
- No presentarse después de: Mal tiempo/conflicto laboral/enfermedad
- Abandono prematuro sistemático (abandono prematuro, después de la 3^a vez, por lo general sin posibilidad de recontratación).

SI Contracting, Inc. entiende que existen casos especiales y revisará estos en una base de caso por caso mejor les parezca.

Con mi firma reconozco haber leído y comprendido los motivos de rescisión expuestos en esta página. Entiendo que no se trata de una lista exhaustiva y que puede haber otras razones para mi rescisión.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

Entiendo que SI Contracting, Inc. prohíbe el uso, posesión, distribución, fabricación, dispensación u otras actividades que incluyan sustancias ilegales en el lugar de trabajo y que mi empleo depende de estar libre de alcohol y drogas. Si los resultados de mi prueba de detección de sustancias resultan positivos para la presencia de ciertas drogas, alcohol y/o cualquier medicamento recetado no reportado, acepto pagar el costo de mi prueba de detección de drogas/alcohol. prueba de alcoholemia haciendo que se retenga de mi salario. También estoy de acuerdo en que cualquier herramienta comprobada a mí mismo durante la curso de mi empleo y NO devuelto al final de mi empleo con SI Contratación se deducirá de mi último cheque de pago.

Firma del empleado

Fecha

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Testigo

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

POLÍTICA EN MATERIA DE ALCOHOL/DROGAS

Reconocimiento y consentimiento para el reconocimiento médico y las pruebas de alcohol y drogas

SI Contratación, Inc. requiere que los solicitantes que están siendo considerados para el empleo a ser médicamente y físicamente aptos para el trabajo (s) solicitado. Un análisis de orina diseñado para detectar la presencia de drogas y alcohol en el cuerpo se da como parte de la selección de los empleados. Toda oferta de empleo depende de que el solicitante supere la prueba. La prueba la realiza un laboratorio independiente o un funcionario designado por la empresa. La muestra de orina se recogerá en privado; se le dará la oportunidad de informar de cualquier medicación que haya tomado en las dos últimas semanas; los resultados positivos se analizarán dos veces; el sólo revelará a la empresa su aptitud para trabajo; y tendrá la oportunidad de impugnar los resultados positivos. Al firmar a continuación, reconoce que comprende y acepta los requisitos médicos, físicos y de las pruebas. También está dando su consentimiento para que la prueba sea una condición para el empleo inicial o continuado.

SI Contracting, Inc. se reserva el derecho de establecer el tiempo de prueba para los solicitantes y / o personal empleado a su conveniencia.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Testigo

CONSENTIMIENTO

He leído atenta y detenidamente la Política sobre el abuso de alcohol/drogas. Me comprometo a seguir dicha política.

Firma del empleado

Fecha

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Testigo

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
Control de drogas y/o alcohol

Entiendo que, como condición de empleo, debo consentir voluntariamente y completar satisfactoriamente las investigaciones médicas relacionadas con el trabajo de SI Contracting, Inc., incluyendo una prueba de detección de orina, para determinar la presencia de ciertas drogas y/o alcohol.

Como empleado actual de SI Contracting, Inc., entiendo que la presencia de una o más de tales drogas y/o alcohol resultará en la terminación de mi empleo.

Firma del empleado

Fecha

Tienes derecho a negarte a hacer la prueba. La negativa es causa justa de despido.

Firma del empleado

Fecha

Testigo

Fecha

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre _____

Fecha _____

Marque cuáles de los siguientes, en su caso, ha tomado en las últimas dos semanas. SÍ

NO

NOMBRE

COMERCIAL

_____	_____ Medicamentos antialérgicos	_____
_____	_____ Medicamentos para el asma o las sibilancias	_____
_____	_____ Medicamentos para el resfriado	_____
_____	_____ Medicamentos para la tos	_____
_____	_____ Medicamentos para la depresión	_____
_____	_____ Píldoras dietéticas	_____
_____	_____ Laxantes	_____
_____	_____ Elevadores del estado de ánimo	_____
_____	_____ Relajantes musculares	_____
_____	_____ Náuseas, vómitos o medicamento para la diarrea	_____
_____	_____ Analgésicos	_____
_____	_____ Medicamentos anticonvulsivos	_____
_____	_____ Sinusitis	_____
_____	_____ Pastillas para dormir	_____
_____	_____ Estómago, colon o medicina digestiva	_____
_____	_____ Tranquilizantes (medicamentos para los nervios)	_____
_____	_____ Medicina del corazón	_____

Indique otros medicamentos o inyecciones. (Por favor incluya los no recetados como Aspirina, Advil, Tylenol, Nuprin, etc...)

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

POLÍTICA DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES

En caso de que un empleado sufra una lesión relacionada con el trabajo:

1. El empleado ***debe*** informar a su supervisor inmediato de que ha sufrido una lesión en el trabajo. Si la no pone en peligro la vida, el empleado cooperará inmediatamente con todas las investigaciones y cumplimentará toda la documentación requerida en el momento de la lesión.
2. ***Es obligatorio*** marcar la casilla "¿Se ha lesionado hoy?" en la hoja de registro diario. Si la casilla "¿Se ha lesionado hoy?" no está marcada, la empresa no considerará que la lesión está relacionada con el trabajo.
3. En todos los casos, un acompañante asistirá al empleado lesionado hasta el Centro de Tratamiento Médico designado por la Compañía. La supervisión puede llamar al centro de tratamiento e informarle de que un empleado lesionado está de camino. Bajo ninguna circunstancia debe un empleado acudir a un centro médico por su cuenta alegando que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo sin informar primero a su supervisor inmediato.
4. Si un empleado incumple la política de notificación de accidentes la empresa no sólo denegará todas las reclamaciones, sino que el empleado podrá ser objeto de medidas disciplinarias, incluido el despido.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído la política de notificación de accidentes y me comprometo a seguirla.

Nombre del empleado (en letra de imprenta): _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta) _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

POLÍTICA DE NO ACOSO

Posición de SI Contracting, Inc. sobre el acoso

SI Contracting, Inc. ("la Compañía") es comedido a mantener un ambiente de trabajo que es libre de la discriminación donde empleados en todos los niveles de la Compañía pueden dedicar su atención plena y mejores esfuerzos al trabajo. El acoso, ya sea intencionado o no, no tiene cabida en el entorno laboral. En consecuencia, la empresa no autoriza ni tolerará ninguna forma de acoso a o por parte de ningún empleado (ya sea supervisor o no) por motivos de raza, sexo, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad o cualquier otro factor protegido por la ley. El término "acoso" a todos los efectos incluye, pero no se limita a, lenguaje ofensivo, bromas u otras conductas verbales, gráficas o físicas. relacionados con la raza, sexo, religión, color, origen nacional, edad, discapacidad u otro factor protegido por la ley de un empleado, que hagan que la persona razonable que experimente dicho acoso se sienta incómoda en el entorno de trabajo o que puedan interferir en el rendimiento laboral de la persona.

Acoso sexual

El acoso sexual incluye (a) agresiones físicas o conductas físicas de naturaleza sexual; (b) insinuaciones o comentarios sexuales no deseados o solicitudes de sexo o actividades sexuales relacionadas con el empleo o la promoción de una persona, independientemente de que se basen en promesas o amenazas; (c) exhibiciones o publicaciones de carácter sexual, como calendarios, caricaturas o graffiti (d) otras conductas verbales o físicas de naturaleza sexual que tengan el propósito o el efecto de interferir en el rendimiento laboral de una persona, o de crear un entorno de trabajo intimidatorio, hostil u ofensivo; o (e) represalias por denuncias de acoso. La Empresa considera que todas estas conductas generalizadas crean un entorno de trabajo hostil y ofensivo que infringe esta política, independientemente de que el sometimiento a dichas conductas se realice o bien explícita o implícitamente un término o condición de empleo. Son ejemplos de acoso sexual las proposiciones sexuales, las insinuaciones sexuales, los comentarios sexualmente sugerentes, las "bromas", "burlas" o "bromas pesadas" de contenido sexual, las bromas sobre rasgos específicos de género, el lenguaje o los gestos obscenos o soeces, la exhibición de material impreso o visual obsceno o soez y el contacto físico, como palmaditas, pellizcos o roces contra el cuerpo de otra persona; o la lectura o divulgación en el entorno de trabajo de materiales sexualmente sugerentes o reveladores.

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

Acoso racial, religioso o por origen nacional

El acoso racial, religioso o por motivos de nacionalidad también merece una mención especial y está expresamente prohibido. El acoso racial, religioso o por motivos de origen nacional incluye cualquier acto verbal, escrito o físico en el que se utilice o se dé a entender la raza, la religión o el origen nacional de un modo que haría que una persona razonable se sintiera incómoda. empleado incómodo en el entorno de trabajo o que interfiera en la capacidad del para realizar su trabajo. Entre los ejemplos de acoso racial, religioso o por motivos de origen nacional se incluyen las bromas que incluyan referencias a la raza, la religión o el origen nacional; o el uso de un lenguaje ofensivo debido a la raza, la religión o el origen nacional de una persona.

Cómo denunciar los casos de acoso

La empresa no puede resolver asuntos que no se hayan puesto en su conocimiento. Cualquier empleado, independientemente de su cargo, que tenga una queja o que sea testigo de acoso en el trabajo por parte de cualquier persona, incluidos supervisores, gerentes, empleados o incluso no empleados, tiene la responsabilidad de poner inmediatamente el asunto en conocimiento de la empresa poniéndose en contacto con el responsable de EEO de la empresa, Don Dearden, llamando al (503) 839-5739.

Cómo investigará la empresa las reclamaciones

La empresa investigará a fondo y con prontitud todas las denuncias de acoso. La empresa se reunirá con el empleado denunciante para discutir los resultados de la investigación y, en su caso, revisar la propuesta de resolución del asunto. Si la investigación confirma que se ha producido acoso, la empresa adoptará medidas correctivas, incluidas medidas disciplinarias, como el despido inmediato, según proceda. Las denuncias de agresión o amenaza de agresión, si se demuestran, darán lugar al despido.

Las denuncias de acoso se mantendrán tan confidenciales como sea posible. La información sólo se divulgará en caso de "necesidad de conocer" y ningún empleado será objeto de represalias por parte de la empresa haber denunciado lo que considere un incidente de acoso.

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

POLÍTICA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Como empleador que ofrece igualdad de oportunidades, nuestro objetivo es que éste sea un entorno de trabajo agradable, libre de discriminación, acoso, intimidación y coacción.

Como contratista federal estamos obligados a cumplir las disposiciones de las Leyes de Derechos Civiles de 1964, la Orden Ejecutiva 11246 y otras leyes y reglamentos relativos a la Igualdad de Oportunidades en el Empleo y la Acción Afirmativa.

Toda persona que considere que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, , discapacidad o condición de veterano debe ponerse inmediatamente en contacto con el responsable de EEO cuyo nombre figura a continuación:

EEO OFFICER:

James Cohron
(503) 969-7665

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

NUESTRO COMPROMISO CON UNA POLÍTICA EFICAZ CONTRA EL ACOSO

Por último, si considera que la empresa no ha cumplido sus obligaciones en virtud de la política, debe ponerse en contacto con el responsable de EEO de la empresa, Don Dearden, en el teléfono (503) 839-5739. Una política eficaz contra el acoso depende de que todos trabajemos juntos para abordar este tema tan importante.

Reconocimiento del empleado

He leído y entiendo las Políticas de No Acoso descritas anteriormente y me atenderé a ellas como condición de mi empleo con SI Contracting, Inc.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado

Fecha

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

Firma del testigo

Fecha

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665



SI Contracting, Inc.

FOLLETO PARA NUEVOS EMPLEADOS

He recibido, leído, y entiendo el SI Contracting, Inc. Nuevo Contrate la Mano Fuera.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

SI CONTRACTING, INC.

Laurie Cohron, Presidenta: (503) 341-2934
James Cohron, Vicepresidente: (503) 969-7665