

Instrucciones de inscripción para proveedores

Para convertirse en un proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés), debe seguir estos pasos:

- ✓ Completar el paquete de inscripción para proveedores de IHSS.
- ✓ Asistir a una nueva orientación para proveedores obligatoria.
- ✓ Permitir que le tomen sus huellas digitales e investiguen sus antecedentes penales.

Todos estos requisitos deben completarse dentro de los 90 días a partir de la fecha en que comienza el proceso de inscripción como proveedor. Para recibir pagos como proveedor por parte del Programa de IHSS, debe estar inscrito y aprobado como proveedor. Si no completa estos requisitos dentro del plazo establecido, no será elegible para trabajar y no recibirá pagos por parte del Programa de IHSS.

Si comienza a proveer servicios antes de completar los requisitos de la inscripción y, finalmente, se determina que es un proveedor elegible, es posible que sea elegible para recibir pagos retroactivos por los servicios prestados hasta un máximo de 90 días calendario a partir de la fecha en que completó los requisitos de inscripción para proveedores.

Si comienza a proveer servicios antes de completar los requisitos de la inscripción y, finalmente, se determina que **NO es un proveedor elegible, el beneficiario de IHSS será responsable de pagar sus servicios.**

Proveedores existentes

Si usted es un proveedor existente o recurrente que ha completado la orientación para proveedores **Y TAMBIÉN** ha pasado menos de un (1) año desde que se investigaron sus antecedentes, envíe lo siguiente a la oficina del IHSS ya sea por correo regular, por correo electrónico o por fax, o entréguelo en persona a la dirección especificada anteriormente:

- Paquete de inscripción para proveedores completo. Vea las instrucciones en la página 2.
- Copia de su tarjeta del seguro social firmada y su tarjeta de autorización laboral (Employment Authorization Card) o de extranjero residente (Resident Alien Card), en caso de que su tarjeta del seguro social indique "Autorización necesaria" (Authorization Needed).

Si se mudó aquí desde otro país y actualmente es proveedor, proporcione una copia de su identificación con fotografía válida y su tarjeta del seguro social.

Nuevos proveedores

Si usted es un proveedor nuevo (es decir, no estaba inscrito anteriormente o han pasado 12 meses o más desde la última vez que prestó servicios), presente/complete lo siguiente:

CONTINÚA (A la vuelta)

- Paquete de inscripción para proveedores completo. Vea las instrucciones en la página 2.
- Tarjeta original del seguro social firmada. También incluya su tarjeta original de autorización laboral (Employment Authorization Card) o de extranjero residente (Resident Alien Card), en caso de que su tarjeta del seguro social indique "Autorización necesaria" (Authorization Needed). **Debe presentarlas en persona el día de la orientación para proveedores.**
- Identificación original con fotografía válida/no vencida emitida por el gobierno (licencia de conducir de California o tarjeta de identificación, pasaporte de los Estados Unidos o identificación militar). **Debe presentarla en persona el día de la orientación para proveedores.**
- Orientación para nuevos proveedores de IHSS.
 - Para participar y completar una orientación virtual (en Internet), visite [IHSS Provider Enrollment \(ihsspe.acgov.org\)](https://ihss.ProviderEnrollment.acgov.org) (esta es la página de registro)
 - Puede encontrar información disponible sobre el cronograma de la orientación para nuevos proveedores:
 - en el sitio web de IHSS: https://alamedasocialservices.org/public/services/elders_and_disabled_adults/in_home_supportive_services.cfm;
 - en la oficina del IHSS, ubicada en 6955 Foothill Blvd., 1st Floor Suite 143, Oakland, Ca 94605; o
 - en el centro de llamadas de la nómina de IHSS en el número 510-577-1877.
 - Las orientaciones son para los proveedores únicamente. NO se permitirá la presencia de otros invitados, incluidos beneficiarios y niños.
- Se le proveerá información sobre los lugares donde pueden tomarle las huellas digitales para que complete el proceso de investigación de antecedentes penales. **El pago de las tarifas correspondientes es de su responsabilidad.**

Instrucciones para completar el paquete de inscripción para proveedores

Proveedores nuevos y existentes

- 1. Si usted es un proveedor nuevo o existente, complete los siguientes formularios:**
 - Formulario de inscripción para proveedores de IHSS, SOC 426^a (la sección correspondiente al proveedor es obligatoria).
 - Formulario W-4, Certificado de retenciones del empleado (opcional)
 - Formulario DE-4, Certificado de retenciones estatales del empleado (opcional)
 - **Complete todos los formularios necesarios (paquete) en una de las formas siguientes:**
 - Correo electrónico a: IHSSProviderEnrollment@acgov.org
 - Fax a: (510) 577-1803
 - Correo regular a: In-Home Supportive Services
6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605
 - En persona en: Oficina de Recepción en Suite 143
- 2. Conserve los siguientes formularios en sus registros:**
 - Formulario de información sobre beneficios y servicios para el proveedor individual de IHSS, PUB 104.

- Artículos sobre IHSS del Código de California, SOC 426C.
- Información importante para posibles proveedores acerca del proceso de inscripción de proveedores para el programa de IHSS, SOC 847.
- Información sobre la indemnización de los trabajadores.
- Notificación universal de precauciones, 72-16.

Beneficiarios de servicios IHSS

1. Si usted recibe servicios del programa IHSS, complete los siguientes formularios:

- Formulario SOC 426A, para la designación de un proveedor por el beneficiario (*obligatorio*)
- **Si está cancelando los servicios de un proveedor anterior:**
 - 70-19, Formulario para informar de la salida o discontinuidad del proveedor (*opcional*)

Para obtener más información, llame al teléfono (510) 577-1877. Gracias.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA POSIBLES PROVEEDORES ACERCA DEL PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)

Un proveedor de IHSS es alguien que recibe un pago por proporcionar servicios a una persona que recibe servicios de apoyo en el hogar bajo el Programa de IHSS. Si quiere convertirse en un proveedor de IHSS, tiene que completar todos los siguientes pasos antes de que pasen 90 días de la fecha en que usted empezó el proceso para que se pueda inscribir como un proveedor y recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios. Estos pasos no se tienen que completar en un orden específico. Si cree que tiene un arresto y/o una condena criminal dentro de los diez años anteriores, no importa que tan menor sea, usted debe empezar el proceso con el Paso #2 porque solamente tiene 90 días para completar todos los pasos y es posible que el Departamento de Justicia de California se tarde más en revisar sus antecedentes penales y proporcionarle al Condado su “Información de expediente penal de delincuente”.

PASO # 1. Complete y firme el “Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, Formulario de inscripción para proveedores” (SOC 426), y devuélvalo en persona a la Oficina de IHSS del Condado o a la Autoridad Pública de IHSS.

- Obtenga un formulario SOC 426 en blanco de la Oficina de IHSS del Condado o de la Autoridad Pública de IHSS. *Lea cuidadosamente la información antes de completar el formulario.*
- Complete el formulario SOC 426 y conteste todas las preguntas en una forma completa y veraz. **Tiene que reportar** si ha sido declarado culpable de alguno de los delitos que no le permitirían a usted proporcionar servicios.
- Lleve una identificación válida con fotografía que haya sido emitida por el gobierno de los Estados Unidos o una organización tribal de indígenas americanos o de Alaska reconocida federalmente **Y** una tarjeta original o una tarjeta de reemplazo emitida por la Administración del Seguro Social.
- La información que usted proporcione en el formulario SOC 426 se verificará por una revisión de antecedentes penales en el Departamento de Justicia (DOJ).

PASO # 2. Que le tomen sus huellas digitales y se someta a la revisión de antecedentes penales en el Departamento de Justicia de California.

- La Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS le dará las instrucciones sobre cómo le tomen sus huellas digitales. *No trate de tomarse las huellas digitales hasta que haya recibido instrucciones del Condado.*
- Usted se puede tomar las huellas digitales en algunas oficinas locales encargadas del cumplimiento de la ley (departamento de policía o del alguacil) o en lugares que ofrecen servicios de tomar las huellas digitales en imagen computarizada (Live Scan). La Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS le puede dar una lista de lugares que se encuentren cerca.

- La ley estatal requiere que usted pague el costo relacionado a las huellas digitales y la revisión de antecedentes penales. Las cuotas varían dependiendo del lugar donde usted escoja que le tomen las huellas digitales; los costos pueden ser de \$40 a \$90.
- Si la revisión de antecedentes verifica que usted **ha sido condenado** de algún Delito de Nivel 1 o Nivel 2, por favor lea las secciones a continuación y en la siguiente página.

Si en los últimos diez años, ha sido declarado culpable **o** encarcelado después de una condena por un Delito de Nivel 1 o Nivel 2, usted **NO** es elegible para inscribirse como un proveedor de IHSS ni puede recibir un pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios de apoyo.

<p>Los Delitos de Nivel 1 incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso especificado de un niño (Sección 273a(a) del Código Penal [PC]); • Abuso de una persona mayor o de un adulto dependiente (Sección 368 del PC); o • Fraude en contra de un programa del gobierno para el cuidado de la salud o de servicios de apoyo. 	<p>Si en los últimos 10 años, tiene una condena por algún Delito de Nivel 1, usted NO es elegible para ser un proveedor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted NO es elegible aun si el Delito de Nivel 1 fue cancelado (<i>expunged</i>) de su expediente.
<p>Los Delitos de Nivel 2 incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un delito mayor (<i>felony</i>) violento o serio, como está especificado en la Sección 667.5(c) del PC y la Sección 1192.7(c) del PC; • Una ofensa de delito mayor por la cual se requiere que la persona se registre como un delincuente sexual de acuerdo a lo estipulado en la Sección 290(c) del PC; y • Una ofensa de delito mayor por fraude en contra de un programa de servicios sociales públicos, como está definido en las Secciones 10980(c)(2) y 10980(g)(2) del Código de Bienestar e Instituciones. <p><i>Usted puede pedirle a la Oficina de IHSS del Condado, o a la Autoridad Pública de IHSS, una lista de los Delitos de Nivel 2.</i></p>	<p>Si en los últimos 10 años, tiene una condena por algún Delito de Nivel 2, es posible que usted sea elegible para ser un proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el Delito de Nivel 2 fue cancelado (<i>expunged</i>), o se puede cancelar, de su expediente. • Si un beneficiario presenta una exención individual para contratarlo a usted. • Si usted es aprobado para una excepción general. <p><i>Para más información, lea las siguientes secciones.</i></p>

Cancelación (*expungement*) de un Delito de Nivel 2:

- Si tiene un Certificado de Rehabilitación o una cancelación de un Delito de Nivel 2, es posible que usted sea elegible para ser un proveedor de IHSS. Proporcione una copia de su Certificado de Rehabilitación o los documentos relacionados a la cancelación junto con su formulario SOC 426 completado.
- Si está en el proceso de cancelación de un delito, usted debe completar el proceso de cancelación antes de continuar con la revisión de antecedentes penales.

Exención individual de exclusión por un Delito de Nivel 2:

Una exención individual permite que proporcione servicios **solamente** a un beneficiario específico que elige contratarlo a usted a pesar de sus antecedentes penales.

- Para permitirle a usted proporcionar servicios, un beneficiario tiene que pedir y presentar a la Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS el formulario “Petición del beneficiario para una exención de proveedor” (SOC 862).
- Se le tiene que informar acerca de su condena al beneficiario de IHSS que quiere contratarlo a usted; pero se le indicará al beneficiario que tiene que guardar la información confidencialmente.
- Si usted, como el proveedor, también es el representante autorizado del beneficiario, **no** está permitido que usted firme el formulario de exención en nombre del beneficiario para exentar delitos de los cuales ha sido declarado culpable usted mismo. En este caso, el formulario de exención tiene que ser firmado directamente por el beneficiario o, si esto no es posible, otra persona tiene que ser designada representante autorizado sólo para el propósito de firmar esta exención.

Si su beneficiario firma un formulario de exención individual el cual le permite a usted trabajar solamente para él/ella y ya sea que él/ella se mude a otro Condado o que usted decida trabajar para otro beneficiario que vive en otro Condado, usted tendrá que hacer otra revisión de sus antecedentes penales en el nuevo Condado y el beneficiario para quien trabaje tendrá que completar y presentar otra solicitud para una exención individual en el nuevo Condado.

Excepción general para un Delito de Nivel 2:

Una persona que ha sido determinada que no es elegible para inscribirse como un proveedor, en base a un Delito de Nivel 2, pero quiere estar en la lista del registro de proveedores, puede solicitar una excepción general de la exclusión.

- Solicite una excepción general completando el formulario “Petición para una excepción general de un solicitante para ser proveedor” (SOC 863).
- Se requerirá que usted proporcione documentos de apoyo (por ejemplo, historial de empleo, referencias personales, etc.), para que respalden su petición para una excepción general.

Si ha sido descalificado en base a una condena por un Delito de Nivel 1 o Nivel 2, usted puede solicitar al Condado una copia de su “Información de expediente penal de delincuente” (*Criminal Offender Record Information - CORI*). Por favor tenga en cuenta que el CORI solamente se puede usar para este proceso de inscripción.

Si cree que la información de sus antecedentes penales no está correcta, usted puede cuestionar la información por medio del proceso de revisión de expedientes (*record review process*) del DOJ.

El proceso de revisión de expedientes del DOJ incluye presentar las huellas digitales, pagar una cuota de procesamiento, y seguir las instrucciones que se encuentran en el sitio web del DOJ en <http://ag.ca.gov/fingerprints/security.php>. Si hay información criminal en su expediente, junto con la respuesta se incluirá el formulario para reclamación de presunta inexactitud o que no está completo (conocido en inglés como *Claim of Alleged Inaccuracy or Incompleteness* - FORM BCII 8706).

PASO #3. Vaya a una orientación para proveedores de IHSS que da el Condado.

- La Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS le dirá dónde y cuándo usted puede asistir a una sesión de orientación.
- La orientación le dará información importante acerca del Programa de IHSS y las reglas y requisitos que usted debe seguir como proveedor.

PASO #4. Al final de la sesión de orientación para proveedores, firme un “Acuerdo de inscripción para proveedor del Programa de IHSS” (SOC 846).

- Al firmar el formulario SOC 846, usted está declarando que entiende y está de acuerdo con las reglas y requisitos para ser un proveedor del Programa de IHSS.

En sus expedientes, debe mantener copias de todos los documentos que entregue y los que reciba del Condado.

Una vez que haya completado con éxito estos cuatro (4) pasos y haya sido aprobado por el Condado o la Autoridad Pública para ser un proveedor de IHSS, siempre y cuando usted sea un proveedor activo y se mantengan limpios sus antecedentes penales, continuará siendo elegible para proporcionar servicios para cualquier beneficiario de IHSS.

Si no completa estos cuatro (4) pasos antes de que pasen 90 días después de que empezó el proceso de inscripción para proveedores, se determinará que usted no es elegible para trabajar y recibir pago como proveedor de IHSS y tendrá que empezar el proceso otra vez para ser inscrito como proveedor de IHSS.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de los requisitos de inscripción para proveedores, comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado o con la Autoridad Pública de IHSS.

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

INSTRUCCIONES:

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

PARTE A. DESIGNACIÓN DEL PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO

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

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

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

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

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

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

PARTE C. CONFIRMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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

FIRMA DEL BENEFICIARIO:	FECHA:
-------------------------	--------

NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:	FECHA:
-------------------------------------	--------

NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

FOR COUNTY USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO)

WORKER NAME:	DATE:
--------------	-------



Departamento de servicios para adultos, personas de edad y de Medi-Cal
Servicios de apoyo en el hogar
6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605

INTERRUPCIÓN O PERMISO DE AUSENCIA DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor (Apellido, Primer Nombre)	
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
Número telefónico:	No. de Seguro Social

Este formulario servirá como una solicitud escrita para:

- Descontinuar el empleo del proveedor con el beneficiario siguiente:
- Colocar al proveedor en situación de permiso de ausencia (suspender mi empleo) para el siguiente beneficiario:

Información del beneficiario

Nombre (Apellido, Primer Nombre)

Número del caso o Número del seguro social

Número telefónico:

Último día que trabajó el proveedor

El número total de horas autorizadas desde el primer día del mes hasta el último día trabajado.

Razón/razones para la solicitud de discontinuación o permiso de ausencia:

Renunció/Fue despedido

El beneficiario está en el hospital.

Lesión de incapacidad/Compensación del Trabajador

El beneficiario falleció.

El beneficiario ya no es elegible para los servicios.

El beneficiario está de vacaciones/fuera del Condado/Estado/País Fecha de regreso anticipada .

Otras razones

La persona que Completa el Formulario: beneficiario Proveedor Representante autorizado del beneficiario.

Imprima el Nombre

Fecha

Firma:

Sección para el uso del condado

BIENVENIDO A SU EMPLEO COMO PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

Este folleto describe brevemente los beneficios que pudieran estar a su disposición y su responsabilidad de pagar impuestos en relación a sus ingresos. Por favor, lea este folleto cuidadosamente. También recuerde que la persona que le emplea a usted es la persona que recibe los beneficios de IHSS; su empleador no es el Estado de California ni el departamento de bienestar público del condado (CWD). El Estado de California publica este folleto y expide sus cheques de pago a nombre de su empleador, y el CWD se encarga de todo el papeleo.

Por favor, comuníquese con el CWD cada vez que tenga una pregunta sobre su cheque de pago o su reporte de horas trabajadas. Siempre firme y ponga la fecha en su reporte de horas trabajadas después de que se termine el período de pago (no antes). También asegúrese de que su empleador firme y ponga la fecha en el reporte de sus horas trabajadas. Luego envíelo a la dirección del CWD que aparece en la esquina inferior derecha del reporte de horas trabajadas. De esta manera, se evitarán retrasos en la entrega de su cheque de pago. Recuerde: siempre avísele al CWD de cualquier cambio en su dirección y/o número de teléfono.

Mi trabajador de servicios del condado es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Condado de:

Para obtener información sobre IHSS, llame al departamento de bienestar público del condado en su localidad



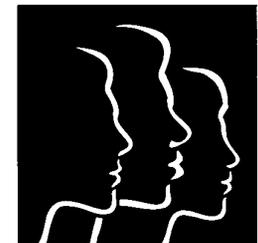
**STATE OF CALIFORNIA
(ESTADO DE CALIFORNIA)**

**HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
(SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS)**

**DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES)**

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA EL PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS



CDSS

CALIFORNIA
DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

SEGURO SOCIAL

Los beneficios del Seguro Social están a la disposición de los proveedores individuales que tienen 18 años de edad o más y que no son los padres del empleador/beneficiario. Los beneficios están a su disposición si usted resulta totalmente incapacitado o se jubila y si también reúne ciertos requisitos de elegibilidad. Se hace una deducción de su cheque de pago para el Seguro Social (FICA). Los beneficios incluyen pagos mensuales de jubilación o incapacidad para usted o las personas que dependen de usted. Para obtener información y/o para solicitar Seguro Social, debe comunicarse con la oficina de la Administración del Seguro Social. La dirección y el número de teléfono de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“United States Government, Social Security Administration.”*

IMPUESTOS DE MEDICARE

Los beneficios de Medicare son los beneficios médicos y los de la salud que se reciben como parte del paquete total de beneficios del Seguro Social. En el pasado, la deducción de Medicare era parte de la deducción de Seguro Social (FICA). Ahora las leyes federales requieren que se reporten separadamente los impuestos y la cantidad que se deduce. Las preguntas relativas a los impuestos de Medicare deben hacerse directamente a la Administración del Seguro Social.

SEGURO DEL ESTADO CONTRA INCAPACIDAD (SDI)

Los beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI) están a la disposición si usted resulta incapacitado y no puede hacer su trabajo normal y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. Se hace una deducción de su cheque de pago para SDI. Los beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad están a la disposición por un máximo de 52 semanas. Para obtener información y/o solicitar beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad, debe comunicarse con la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). La dirección y el número de teléfono de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“California, State of, Employment Development Department.”*

Si usted es el padre/madre, esposo/esposa, o hijo/hija de la persona para la cual usted está proporcionando servicios, es posible que quiera

participar en el programa de SDI solicitando Seguro Opcional del Estado contra Incapacidad. Su trabajador de servicios sociales del condado tiene a la disposición los formularios necesarios para solicitar esta cobertura. Si usted quiere esta cobertura opcional, se deducirá el costo de su cheque de pago. Se cubren automáticamente para SDI a todos los otros proveedores individuales si reciben salarios trimestrales de IHSS en exceso de \$750 dólares.

SEGURO CONTRA DESEMPLEO (UI)

Es posible que los beneficios del Seguro contra Desempleo (UI) estén a la disposición si usted no es el padre/madre, esposo/esposa, o hijo/hija del empleador/beneficiario y si se queda sin empleo, puede y está dispuesto a trabajar, y reúne ciertos requisitos de elegibilidad. No se hace ninguna deducción de su cheque de pago para UI. Los beneficios del Seguro contra Desempleo están a la disposición por un máximo de 26 semanas. Para obtener información y/o para solicitar beneficios del Seguro contra Desempleo, debe comunicarse con la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). El número de teléfono y la dirección de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“California, State of, Employment Development Department.”*

COMPENSACIÓN POR LESIONES DE TRABAJO

Los beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo están a la disposición si usted resulta lesionado mientras está trabajando o se enferma debido a su trabajo y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. No se hace ninguna deducción de su cheque de pago para Compensación por Lesiones de Trabajo. Si usted resulta lesionado en su trabajo, debe obtener atención médica inmediatamente y luego notificar al trabajador de servicios sociales del condado de su empleador/beneficiario. El trabajador de servicios sociales del condado tiene a la disposición formularios para solicitar beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo. Cuando hayan sido completados, estos formularios se deben enviar al departamento de bienestar público del condado. Para obtener más información sobre los beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo, usted puede llamar a un oficial de información y asistencia al 1 (800) 736-7401.

RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS

Es posible que se retengan los impuestos federales y estatales sobre los ingresos ganados de su cheque de pago si usted lo solicita y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. La retención de impuestos sobre los ingresos ganados es estrictamente voluntaria para los proveedores individuales. Si desea que se retengan de su cheque de pago los impuestos federales y estatales, por favor complete el formulario para la retención de impuestos sobre los ingresos (W-4) y envíelo al departamento de bienestar público del condado. Si no se deducen los impuestos federales y estatales de su cheque de pago, usted todavía tiene la obligación de presentar una declaración de impuestos al fin del año y posiblemente pagar impuestos sobre sus ingresos ganados. Debe comunicarse con el trabajador de servicios sociales del condado de su empleador/beneficiario, si necesita formularios adicionales, si necesita cambiar su retención, o para verificar el estado de su retención.

Para obtener información sobre la retención de los impuestos estatales, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos del Estado (*California Franchise Tax Board* - FTB). El número de teléfono y la dirección de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“California, State of, Franchise Tax Board.”* Para información sobre la retención de los impuestos federales, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos Federales (*Internal Revenue Service* - IRS) en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *“United States Government, Internal Revenue Service.”*

CRÉDITO POR INGRESOS GANADOS (EIC)

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir un Crédito (en los impuestos) por Ingresos Ganados (EIC). Para informarse sobre el EIC y para ver si usted reúne los requisitos, lea cuidadosamente las instrucciones para completar el formulario W-5 (*Earned Income Credit Advance Payment Certificate*). Si reúne los requisitos para recibir un EIC, usted puede elegir recibir el crédito por adelantado con su pago en vez de esperar hasta que presente su declaración de impuestos. Para informarse sobre el EIC, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos Federales (*Internal Revenue Service*) o su consultante de impuestos.

Número De Teléfono De Emergencia: Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos, policía, o para la atención médica de emergencia de un doctor u hospital. Para atención médica que no es de emergencia, comuníquese con su empleador, y vaya a:

Doctor/Clinica: _____

Asegurador de compensación de trabajadores

Marque si es que la Compañía Está Auto Asegurada

Administrador de Reclamos

Teléfono _____

Si su empleador tiene una MPN, puede usar la siguiente información de contacto para obtener más detalles:

Página web de la MPN: _____ Fecha de vigencia de la MPN: _____

Ayuda para localizar un médico en el MPN, llame a la asistente MPN Acceso al _____ Si tiene preguntas o problemas relacionado con la MPN, llame a la persona de contacto en la MPN a:

Hay ayuda e información gratis disponibles al comunicarse con el oficial de información y ayuda de la División de Compensación de Trabajadores en la oficina local listada abajo. Usted puede escuchar información grabada y obtener una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401, o puede obtener información escrita adicional acerca de la compensación de trabajadores yendo al sitio del web de la División de Compensación de Trabajadores en el www.dwc.ca.gov.

Oficina de Información y Ayuda DWC

Dirección _____

Ciudad _____

Teléfono _____

EL FRAUDE DE LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN DELITO MAYOR

Cualquier persona que hace o que causa que se haga a sabiendas cualquier declaración falsa o fraudulenta impropia con el propósito de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito mayor y puede ser multado y encarcelado.

Esta información está traducida al inglés. Para conseguir una copia, por favor escriba a

CWCI, 1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612.

La información en este folleto ha sido aprobada por el Director Administrativo de la

División de Compensación de Trabajadores.

Preparado y publicado como un servicio a la comunidad por

el Instituto de Compensación de Trabajadores (CWCI)

California Workers' Compensation Institute

1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612

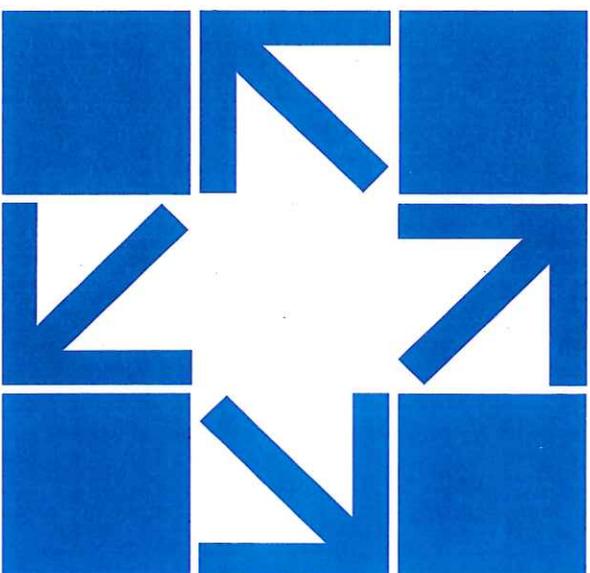
www.cwci.org

Notice of Copyright: This pamphlet is copyrighted by the California Workers' Compensation Institute (CWCI) and is intended solely for the use of Institute customers. The Institute retains all rights to its publication. Any duplication, reprinting, electronic posting, electronic redistribution, or resale of this pamphlet is a violation of copyright and is strictly prohibited.

To reorder: This pamphlet, as well as state-approved workers' compensation posting notices, DWC-1 claim forms, and other information for injured workers and employers, may be ordered from the online store at www.cwci.org, or you may request an order form by calling 510-251-9470.

Copyright 2015, California Workers' Compensation Institute. All rights reserved.

Rev. 9/15



Información Acerca de la Compensación de Trabajadores



Cómo Era Antes

A principios del siglo veinte, los trabajadores lesionados en el trabajo tuvieron que demandar a sus empleadores para recuperar los gastos médicos y los sueldos perdidos.

Los pleitos llevaban meses y a veces años. Los jurados tenían que decidir quién tenía la culpa y cuánto, si es que algo, se pagaría. En la mayoría de los casos, el trabajador no obtenía nada. Era caro, demorado, y a menudo injusto.

Cómo Es Ahora

Hoy, la ley de la compensación de trabajadores de California proporciona una manera más justa y rápida para cuidar de trabajadores lesionados... donde no se tiene que probar culpa para recuperar los gastos médicos y los sueldos perdidos.

Este seguro de lesión en el trabajo es pagado por su empleador y supervisado por el estado. Se paga sus cuentas médicas y si usted no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad relacionada al trabajo, la compensación de trabajadores proporciona dinero para ayudar a reemplazar los sueldos perdidos hasta que usted pueda volver a trabajar.

¿Quién Está Cubierto?

Casi todo empleado en California está protegido por la compensación de trabajadores, pero hay unas pocas excepciones. Las personas que tienen sus propios negocios y los que trabajan como voluntarios impagados pueden no estar cubiertos. Los trabajadores marítimos y los empleados federales están cubiertos por leyes semejantes. Si usted tiene una pregunta acerca de la cobertura, pregunte a su empleador.

¿Qué Está Cubierto?

Cualquier lesión o enfermedad se cubre si es debida a su trabajo. Esto se puede causar por un evento como una caída, o exposiciones repetidas, tales como movimiento repetitivo o a través del tiempo. Desde lesiones de tipo de primeros auxilios hasta accidentes graves están cubiertos. La compensación de trabajadores cubre aún las lesiones -- inclusive lesiones físicas o psiquiátricas -- resultantes de un crimen en el lugar de trabajo. (Algunas lesiones de actividades de voluntario, actividades recreativas después del trabajo, sociales o atléticas, por ejemplo, el equipo de botos de su compañía, puede no estar cubiertas. Consulte con su supervisor o el administrador de reclamaciones listado en la sección "Cuanto Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo..." si tiene preguntas.)

La cobertura es automática e inmediata. No hay un período para calificar, ninguna necesidad de ganar cierta cantidad en sueldos antes de ser cubierto... la protección comienza el primer minuto que usted está en el trabajo.

Lo Que Usted Tiene Que Hacer

Notifique inmediatamente a su supervisor o llame el número de teléfono del representante de su empleador listado en la parte trasera de este folleto para que pueda obtener ayuda médica inmediatamente. Si es más que una lesión sencilla que requiere primeros auxilios, su empleador le dará un formulario de reclamación para que pueda describir la lesión y cómo, cuándo y dónde aconteció. Para archivar una reclamación, complete la sección de "Empleador" del formulario de reclamación, rellenga una copia y vuelva el resto a su empleador. Su empleador entonces completará la sección de "Empleador". Le dará una copia firmada y fechada del formulario, rellendrá una copia y enviará una al administrador de reclamaciones, la compañía que es responsable de manejar su reclamación y notificarle acerca de su elegibilidad para beneficios.

Los beneficios no pueden comenzar hasta que el administrador de reclamaciones sepa de la lesión, así que reporte la lesión y archive el formulario de reclamación tan pronto como sea posible. La ley estatal requiere que dentro de un día laboral de recibir un formulario de reclamación los empleadores autorizan el tratamiento que sea consistente con las pautas de tratamiento que se aplican a la lesión. Los empleados pueden ser responsables hasta por \$10,000 de tratamiento hasta

que se acepte o rechace una reclamación. Las demoras al informar pueden demorar los beneficios de la compensación de trabajadores y usted podría perder su derecho a beneficios si su empleador no sabe de la lesión dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la lesión. Si su lesión o enfermedad se desarrolla con el tiempo, informar tan pronto como usted sabe que fue causada por su trabajo. Para asegurar su derecho a beneficios, reporte toda lesión, por leve que sea, y solicite un formulario de reclamación si es que su lesión es más que una que simplemente requiere primeros auxilios.

Los Beneficios

La ley de la compensación de trabajadores de California le garantiza tres clases de beneficios:

- **Todo cuidado médico razonable y necesario de su lesión o enfermedad...** sin deducibles. Los beneficios médicos pueden incluir tratamiento por un doctor, servicios de hospital, pruebas de laboratorio, radiografías, terapia física, medicinas, equipamiento médico, y de transporte hacia y desde las citas. Los servicios médicos en compensación de trabajadores están sujetos a autorización por necesidad médica, y hay límites en el número de visitas para quiropráctica, terapia física y terapia ocupacional.
- **Pagos libres de impuestos para ayudar a reemplazar sueldos perdidos mientras usted está incapacitado temporalmente.** Se hacen pagos adicionales si la lesión tiene como resultado una incapacidad permanente o la muerte.
- **Si su lesión o enfermedad causa incapacidad permanente que le impide regresar a trabajar y su empleador no le ofrece trabajo apropiado modificado o alternativo,** usted puede calificar para beneficios suplementarios de despido de empleo. Este es un vale no transferible de hasta \$6,000 para reentrenamiento relacionado con la educación y/o mejora de destrezas en escuelas aprobadas por el estado, y otros servicios y recursos para ayudarle a volver a trabajar.

Pagos de Beneficios

■ **Cuidado Médico:** Todas las facturas médicas por tratamiento razonable y necesario serán pagados directamente por el administrador de reclamaciones, así que usted nunca debería ver una cuenta. El nombre y el número de teléfono del administrador de reclamaciones están al final de este folleto y están anunciados en su lugar de trabajo.

■ **Incapacidad Temporal:** Si usted no puede trabajar por más de tres días, inclusive fines de semana, usted tiene derecho a pagos temporales de incapacidad (TD) para ayudar a reemplazar sus sueldos perdidos. Después de unas semanas de informar la lesión, usted obtendrá un cheque del administrador de reclamaciones. Usted continuará recibiendo cheques de TD cada dos semanas después de eso hasta que el doctor le diga que puede volver a trabajar, o que su condición médica es "permanente y estacionaria" (No se le pagarán los primeros tres días, sin embargo, a menos que usted esté hospitalizado como un paciente interno o que no pueda trabajar por más de 14 días.) La cantidad de estos cheques será dos tercios de su sueldo promedio, sujeto a mínimos y máximos fijados por la legislación del estado. Probablemente no será la cantidad completa de su cheque de pago regular, pero no se le harán deducciones y los pagos son libres de impuestos. Bajo la ley estatal, los pagos por TD no se pueden extender por más de 104 semanas compensables dentro de cinco años de la fecha de la lesión, o por más de 240 semanas dentro de cinco años de la fecha de la lesión para algunas lesiones de largo plazo tales como quemaduras severas o enfermedad pulmonar crónica. Si alcanza el período máximo para la recepción de pagos de TD antes de regresar al trabajo o antes de que su condición médica convierta en permanente y estacionaria, es posible que usted puede obtener beneficios de incapacidad estatal por medio del Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD). También es posible que usted puede obtener estos beneficios si su TD se retrasa o se le

niega. Hay limitaciones de tiempo, sin embargo, por lo que en contacto con el EDD al 1-800-480-3287 o www.edd.ca.gov para obtener información sobre cuándo y cómo aplicar.

■ **Incapacidad Permanente:** Si su lesión o enfermedad resulta en una pérdida permanente de la función física o mental que un médico puede medir, usted puede recibir pagos permanentes de incapacidad. La cantidad depende del informe del doctor, cuánta de la incapacidad permanente fue causada directamente por su trabajo, y factores tales como su edad, ocupación, tipo de lesión y la fecha de la lesión. Las cantidades mínimas y máximas son fijadas por la ley del estado, y varían según la fecha de la lesión, pero si usted tiene una incapacidad permanente, su administrador de reclamaciones le enviará una carta que le explique cómo se calculó el beneficio. En general, la cantidad total se fija en una cantidad semanal extendida por un número fijo de semanas. El primer pago es pagado dentro de 14 días después del pago temporal final de incapacidad, o si usted no estaba recibiendo incapacidad temporal, 14 días después de que su doctor dice que su condición es permanente y estacionaria. Después de eso, el beneficio se pagará cada 14 días hasta que usted alcance el máximo o que llegue a un acuerdo de su caso y reciba una cantidad global.

■ **Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, los pagos pueden ser hechos a las personas que dependían económicamente de usted. Estos beneficios los fija la ley del estado y la cantidad depende del número de dependientes y la fecha de la lesión. Por lo general, los pagos se hacen a la misma tasa de los pagos temporales de incapacidad sin embargo, ningún pago será menos de \$224 por semana. La compensación de trabajadores también proporciona una concesión de empleo.

■ **Beneficio Suplementario de Despido de Empleo:** Si el administrador de reclamaciones recibe el informe de un médico que usted se ha recuperado tanto como sea posible, y que usted tiene una incapacidad permanente, dentro de los 60 días que puede recibir un formulario con una oferta de trabajo regular, modificado o alternativo de su empleador. Si 60 días después de recibir el informe del médico, su empleador no le ha ofrecido trabajo regular, modificado o alternativo, el administrador de reclamos tiene 20 días para proporcionarle un beneficio suplementario de despido de empleo. Este beneficio tiene un valor de hasta \$6,000 que se puede usar para la reconversión profesional en una escuela acreditada del Estado, los libros, herramientas requeridas, licencia y las cuotas de certificación, u otros recursos que pueden ayudarle a encontrar un nuevo empleo. Hay límites sobre cuánto puede gastar en algunos artículos, pero si usted califica, usted recibirá información sobre los tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de documentación y los plazos para el uso de este beneficio.

Otros Recursos

La compensación de trabajadores a veces se confunde con el Seguro de Incapacidad del Estado (SDI). Son semejantes, pero hay diferencias importantes. El seguro de compensación de trabajadores cubre lesiones y enfermedades en el trabajo y se paga enteramente por su empleador. Por otro lado, SDI cubre lesiones o enfermedad fuera del trabajo, y se paga por deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo beneficios de compensación de trabajadores, puede ser capaz de obtener beneficios Estatales por Incapacidad. Para información, llame a la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo del estado listado en las páginas del gobierno de su libro telefónico, o aprende más en www.edd.ca.gov/disability/.

Si usted recibe un vale para el beneficio suplementario de despido de empleo, usted puede calificar para dinero adicional del Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (RTWSP). Este programa es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales de California así que si usted califica, un cheque será

**Forma Opcional
DESIGNACIÓN PREVIA DE MEDICO PERSONAL**

emitido a usted por el Estado y no por el administrador de reclamaciones porque esto no es un beneficio de compensación de trabajadores. Para información sobre la elegibilidad y cómo aplicar, visite la sección de Programa Suplementario de Retiro al Trabajo (RTWSP) en el sitio web del Departamento de Relaciones Industriales de California (www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html) o contacte la oficina local de información y ayuda de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (DWC) que está listada en el reverso de este folleto.

Si Tiene Preguntas

... pregunte a su supervisor o al representante del empleador. O comuníquese con el administrador de reclamaciones de compensación de trabajadores (el nombre y número de teléfono están listada al reverso de este folleto, y se anuncia en su lugar de trabajo). Información para los trabajadores lesionados también está publicada en el sitio web de la DWC en www.dwc.ca.gov. Además, usted puede contactar un oficial de información y asistencia de la División de Compensación para Trabajadores del Estado (DWC). Los oficiales de información y asistencia están disponibles sin ningún costo para responder a preguntas, reparar problemas y proporcionar información escrita adicional acerca de la compensación de trabajadores. La oficina local está listada al final de este folleto y se anuncia en su lugar de trabajo, y en las páginas blancas del libro telefónico bajo Oficinas de Gobierno del Estado/Relaciones Industriales/Compensación de Trabajadores. Para obtener una lista de todas las oficinas de información y asistencia en todo el estado, o para escuchar información grabada, llame (800) 736-7401.

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será o un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o un internista certificado o elegible para serlo, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico;
- su "medico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionar tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo;
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente:
 - (1) notificación de que quiere que su médico particular lo trate para una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal. Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MEDICO PERSONAL

Empleador: Rellene esta sección.

A. _____ (nombre del empleador),
 Si sufra una lesión o enfermedad laboral, yo elijo recibir tratamiento médico de:
 (Nombre del Médico)(M.D., D.O., o Grupo Médico) _____
 (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

(Número de Teléfono) _____
 Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor): _____
 Dirección del Empleado: _____
 Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales: _____

Firma del Empleado _____ Fecha: _____
 Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa: _____
 Firma: _____ Fecha: _____

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).
 Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.
 (FORMULARIO 9783 DE LA DWC (7/2014))

Nota al empleado: A menos que un empleado convenga, ni el empleador ni el administrador de reclamaciones puede comunicarse con su médico personal para confirmar un designación previa de médico personal [CCR 9780.1(f)]. Si su médico no firmó arriba, la otra documentación sobre el consentimiento del médico a ser designado previamente antes de lesión será requerida. Si usted convenga que después de recibir esta forma el empleador o administrador de reclamaciones puede comunicarse con el doctor para confirmar el médico designación previa, firme abajo:

Firma del empleado _____ Fecha _____
 Numero de identificación del Empleado _____
Note to Physician: California workers' compensation medical services are subject to utilization review for medical necessity, reporting requirements, and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, reauthorize and payment processes. **Nota al Médico:** Los servicios médicos en el sistema de la compensación de los trabajadores de California están sujetos a revisión de la utilización por necesidad médica, requisitos de informes, y los honorarios gobernados por la Lista Médica Oficial de Honorarios de California. La información opcional siguiente puede asistir a la comunicación y facilitar la autorización, divulgar, mantenimiento de registros y procesos del pago: **Office Manager/Billing Contact(Nombre(s) del Director de la oficina/contacto de cobros:**

Telephone Number / Número de Teléfono: _____
 Mailing Address if different from street address/ Dirección de envío (si es diferente de dirección de calle): _____
 Fax _____ Email/Correo electrónico _____
 Physician License Number / Número de la licencia del médico: _____
 Physician Tax ID Number / Número de contribuyente del médico: _____

Forma Opcional

§9783.1 Formulario 9783.1 de la DWC: Aviso de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal

NOTICIA DE QUIROPRACTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL
Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupuntor personal. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupuntor personal.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctico, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no se quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano. Bajo el componente pos-quirúrgica basan en un componente de una programa de utilización para tratamiento posquirúrgica del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o WTTUS de la Division de Compensación de Trabajadores.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador sobre su quiropráctico o acupuntor personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:

(Nombre del quiropráctico o acupuntor) _____

(Dirección comercial, ciudad, estado, código postal) _____

(Número de teléfono) _____

Nombre del Empleado (en letras de molde por favor) _____

Firma del Empleado: _____

Dirección del Empleado: _____

Fecha: _____

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.1.
(Formulario 9783.1 Opcional de la DWC Vigiente a partir del 1 de julio, 2014)

Nota al empleador: Un quiropráctico personal debe ser su quiropráctico regular, licenciado (D.C.) que dirigió su tratamiento quiropráctico en el pasado y mantiene sus registros quiroprácticos incluyendo su historia quiropráctica. Un acupuntor personal debe ser su acupuntor regular, licenciado (L.Ac.), que dirigió su tratamiento acupuntura en el pasado y mantiene sus registros acupunturas incluyendo su historia acupuntura.

Si su empleador tiene una red de proveedores médicos (MPN), usted puede transferir solamente a un quiropráctico o acupuntor personal dentro del MPN. Se aplican reglas diferentes si usted es un miembro de una Organización del Cuidado de Salud (HCO), así que consulte con su empleador o administrador de reclamos si ese es el caso.

Más Acerca del Cuidado Médico

El cuidado médico bueno es importante -- para usted, su familia y su empleador. El tratamiento médico de calidad es la manera más rápida hacia la recuperación.

Si se necesita cuidado médico de emergencia, llame 911 inmediatamente o vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. Para la atención médica no de emergencia notifique a su supervisor y vaya a la clínica o al oficina del doctor que aparece en la cartel de compensación para trabajadores en su lugar de trabajo. Si es más que una lesión sencilla que necesite sólo primeros auxilios, pida a su empleador un formulario de reclamación.

Para cerciorarse que sus cuentas médicas se paguen y que usted obtenga todos sus beneficios, complete la sección de "Empleador" del formulario de reclamación y devuélvalo a su empleador tan pronto como sea posible. Los empleadores deben notificar al administrador de reclamaciones y autorice tratamiento médico a más tardar un día laborable después de recibir un formulario de reclamación, así es que obtenga una copia del formulario de reclamación firmada y fechada de su empleador y reingala con todo el otro papeleo relacionado a su reclamación.

Su administrador de reclamaciones hará arreglos para que el cuidado médico que sea consistente con las pautas de tratamiento que se aplican a la lesión. El doctor puede ser un especialista para su tipo de lesión, y estará familiarizado con los requisitos de compensación de trabajadores e informará inmediatamente para que sus beneficios se pueden pagar.

Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si es así, información sobre cómo ponerse en contacto con la MPN será al final de este folleto y se indica en el cartel de la compensación de los trabajadores en su sitio de trabajo. También puede solicitar su empleador para información sobre cómo usar el MPN, visite el sitio web de la MPN o llamar al número de teléfono de la MPN que aparece en este folleto y en el cartel de compensación de trabajadores.

El médico que va a desarrollar su plan de tratamiento y supervise el cuidado de su lesión o enfermedad es su "médico primario de tratamiento" (PTP). Su PTP también coordinará cualquier tratamiento que usted reciba de otros proveedores de servicios médicos. Los servicios médicos en compensación de los trabajadores están sujetos a autorización por necesidad médica y deben ser consistente con las pautas de tratamiento indicado para el tipo de lesión. Si se determina que un servicio médico que fue solicitado por su médico no es médicamente necesario, usted recibirá información sobre cómo apelar esa decisión, pero si decide apelar, debe hacerlo dentro de los 30 días de haber recibido la decisión.

El PTP también decidirá cuándo puede volver al trabajo, y puede revisar su descripción de trabajo con usted y su empleador para definir las limitaciones o restricciones que pueda tener cuando vuelva a trabajar. Para una lesión grave, el PTP escribirá informes sobre cualquier incapacidad permanente o la necesidad de cuidado médica en el futuro.

Usted puede ser tratado por su médico personal inmediatamente si en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para las lesiones y enfermedades no laborales; el doctor lo ha tratado a usted anteriormente, tiene su historial médico, y ha acordado por adelantado tratarlo por cualquier lesión o padecimiento de trabajo, y usted le dio a su empleador el nombre y la dirección del doctor por escrito antes de la lesión. Esto se llama un "designación previa de médico personal". Si usted decide designar su médico personal, el doctor de debe ser alguien que a limitado su práctica de la medicina a práctica general o que es un internista, pediatra, obstetra-ginecólogo, o médico familiar certificado por una junta; o usted puede designar a un grupo de especialidades de doctores de medicina u osteopatía (M.D. o D.O.) que proporciona servicios médicos completos principalmente para lesiones y enfermedades no ocupacionales. Usted puede usar formulario 9783 de la DWC (Designación Previa de Médico Personal) incluida en este folleto para darle a su empleador la información necesaria. Usted puede usar formulario 9783.1 de la DWC (Noticia de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal) para nom-

brar a un quiropráctico o acupuntor personal, pero se aplican reglas diferentes, y usted tendrá que ver a un doctor seleccionado por el empleador primero.

Si su empleador usa una Red de Proveedores Médicos (MPN), pero usted designó a su médico personal antes de la lesión, puede recibir tratamiento inmediatamente de ese doctor. Si su empleador usa una MPN pero usted no designó a su médico personal antes de la lesión, un doctor de la red por lo general será su PTP por la duración del tratamiento. Por otro tratamiento que la atención de emergencia, el administrador de reclamaciones le dirigirá a un doctor de la MPN para su primera visita médica, aunque usted puede optar por ser tratado por otro doctor en la red en cualquier momento después de su primera visita. Si usted quiere cambiar a un quiropráctico o acupuntor, incluyendo un quiropráctico o acupuntor personal nombrado antes de la lesión, él o ella debe estar en la red. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador ofrece una Organización de Cuidado Médico (HCO) o si tiene una MPN. Si su empleador usa una MPN o una HCO, su empleador le proporcionará información adicional acerca de los derechos de la red bajo su plan.

Generalmente, si usted no está cubierto por una MPN y usted no designó a su médico personal antes de la lesión, puede cambiar a su propio doctor 30 días después de que la lesión se reporte. Si usted quiere cambiar doctores antes de eso, su administrador de reclamaciones le dará una lista de doctores de los cuales escoger. (Se aplican reglas diferentes si usted es miembro de una HCO, así que consulte con su administrador de reclamaciones si ese es el caso.) Si usted quiere cambiar de doctor por cualquier razón, escoja a su doctor de inmediato, y si usted quiere consejo acerca de especialistas, hable con su ajustador de reclamaciones. Ellos tienen tanto interés como usted en su pronto recuperación y que regrese al trabajo y le ayudará a obtener un doctor diferente.

Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo

1. Si necesita atención médica de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana en un hospital.
2. Reporte lesiones inmediatamente a su supervisor o representante del empleador al _____ (teléfono). Para atención médica no sea de emergencia, vaya a la clínica o la oficina del doctor se indica abajo y en el cartel de compensación para los trabajadores en su lugar de trabajo, o su empleador le puede aconsejar sobre dónde ir para recibir tratamiento. A su empleador también se le requiere proporcionar un formulario de reclamación a más tardar un día hábil de saber de su lesión, así es que asegure sus derechos a beneficios reportando toda lesión, no importa que tan pequeña y solicite un formulario de reclamación si es más que una simple lesión que necesite primeros auxilios.

Su empleador debe notificar al administrador de reclamaciones y autorizar tratamiento médico a más tardar un día hábil de recibir su formulario de reclamación. Cualquier tardanza en reportar una lesión puede retrasar sus beneficios de compensación de trabajadores y es posible que usted podría perder su derecho a beneficios si su empleador no sabe de su lesión dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la lesión. Si su lesión o enfermedad se desarrolla con el tiempo, informar tan pronto como usted sabe que fue causada por su trabajo. Si se determina que un servicio médico que fue solicitado por su médico no es médicamente necesario, usted recibirá información sobre cómo apelar esa decisión, pero si decide apelar, debe hacerlo dentro de los 30 días de haber recibido la decisión. Si se le niega su reclamación o otros beneficios, usted tiene derecho a relatar la decisión en la junta de apelaciones de compensación de trabajadores (WCAB), pero existen tiempos límite para archivar los papeles necesarios, así es que no se demore.

Llame al administrador de reclamaciones o al representante de su empleador si tiene preguntas o problemas. Es legal que un empleador le despidiera o discrimine contra simplemente porque usted de Trabajadores, o porque testifique para un compañero de trabajo que fue lesionado. Si usted prueba esta clase de discriminación, usted tendrá derecho que se le reinstale en su empleo con los sueldos perdidos y beneficios aumentados, más los costos y gastos hasta un máximo fijados por la legislación estatal.

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

2022

Paso 1:
Anote su información personal

<p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo</p> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural)</p> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)</p>	<p>Apellido</p>	<p>(b) Su número de Seguro Social</p> <p>▶ ¿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, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol.</p>
<p>(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado</p> <p><input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos</p> <p><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).</p>		

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, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2:
Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

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

(a) 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); **o**

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

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario ▶

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2022 en todos los otros empleos. Si usted (o su cónyuge) tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador.

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

<p>Paso 3: Reclamación de dependientes</p>	<p>Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí</p>	<p>3</p>	<p>\$ _____</p>
<p>Paso 4 (opcional): Otros ajustes</p>	<p>(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). 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</p> <p>(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</p> <p>(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago</p>	<p>4(a)</p> <p>4(b)</p> <p>4(c)</p>	<p>\$ _____</p> <p>\$ _____</p> <p>\$ _____</p>

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**

<p>Para uso exclusivo del empleador</p>	<p>Nombre y dirección del empleador</p>	<p>Primera fecha de empleo</p>	<p>Número de identificación del empleador (EIN)</p> <p style="text-align: center; color: blue;">94-2629822</p>
--	---	--------------------------------	---

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código Federal de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados al Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

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

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2022 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2021, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2022, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2021 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2021 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27a**, **28**, **29** y **30**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2022. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "*Exempt*" (Exento) en el Formulario W-4(SP) 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(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 15 de febrero de 2023.

Su privacidad. Si prefiere limitar la información proporcionada en los Pasos 2 a 4, utilice el estimador de retención de impuestos en línea, el cual también aumentará la precisión.

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información 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). Si éste es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

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

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Tiene ingresos por dividendos o ganancias de capital o sus ingresos están sujetos a impuestos adicionales, como el Impuesto Adicional del *Medicare*;
3. Tiene ingresos del trabajo por cuenta propia (vea a continuación). Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado; o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

Ingresos del 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), en inglés, 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 trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

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.

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(SP) 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 más o menos 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(SP). La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4(SP) 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), en inglés. 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, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés.

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 2022 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 (Guardar en sus archivos)



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4(SP) (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4(SP). 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(SP) para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**.

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 trabajo 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 el resultado 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 trabajo 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 el resultado 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, etcétera 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(SP) 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 (Guardar en sus archivos)



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2022 (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:

}	• \$25,900 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos	}	2	\$ _____
	• \$19,400 si es cabeza de familia				
	• \$12,950 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(SP))). 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(SP) 5 \$ _____

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para cumplir con las leyes que rigen la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuesto federal sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal y también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE. UU. y 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 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 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 Viudo 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	\$110	\$850	\$860	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,770	\$1,870
\$10,000 - 19,999	110	1,110	1,860	2,060	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,970	3,970	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,860	2,800	3,000	3,160	3,160	3,160	3,160	3,910	4,910	5,910	6,010
\$30,000 - 39,999	860	2,060	3,000	3,200	3,360	3,360	3,360	4,110	5,110	6,110	7,110	7,210
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,160	3,360	3,520	3,520	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	8,370
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,160	3,360	3,520	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	9,370
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,160	3,360	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	10,270	10,370
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,110	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	10,270	11,270	11,370
\$80,000 - 99,999	1,020	2,820	4,760	5,960	7,120	8,120	9,120	10,120	11,120	12,120	13,150	13,450
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,010	7,210	8,370	9,370	10,510	11,710	12,910	14,110	15,310	15,600
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	15,340	16,540	16,830
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	15,340	16,540	17,590
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	16,100	18,100	19,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	13,700	15,700	17,700	19,700	20,790
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	11,300	13,300	15,300	17,300	19,300	21,300	22,390
\$320,000 - 364,999	2,100	5,300	8,240	10,440	12,600	14,600	16,600	18,600	20,600	22,600	24,870	26,260
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,710	12,210	14,670	16,970	19,270	21,570	23,870	26,170	28,470	29,870
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,280	12,980	15,640	18,140	20,640	23,140	25,640	28,140	30,640	32,240

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	\$400	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,250	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,970	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	930	1,570	1,660	1,890	2,890	3,510	3,510	3,510	3,610	3,810	3,880	3,880
\$20,000 - 29,999	1,020	1,660	1,990	2,990	3,990	4,610	4,610	4,710	4,910	5,110	5,180	5,180
\$30,000 - 39,999	1,020	1,890	2,990	3,990	4,990	5,610	5,710	5,910	6,110	6,310	6,380	6,380
\$40,000 - 59,999	1,870	3,510	4,610	5,610	6,680	7,500	7,700	7,900	8,100	8,300	8,370	8,370
\$60,000 - 79,999	1,870	3,510	4,680	5,880	7,080	7,900	8,100	8,300	8,500	8,700	8,970	9,770
\$80,000 - 99,999	1,940	3,780	5,080	6,280	7,480	8,300	8,500	8,700	9,100	10,100	10,970	11,770
\$100,000 - 124,999	2,040	3,880	5,180	6,380	7,580	8,400	9,140	10,140	11,140	12,140	13,040	14,140
\$125,000 - 149,999	2,040	3,880	5,180	6,520	8,520	10,140	11,140	12,140	13,320	14,620	15,790	16,890
\$150,000 - 174,999	2,040	4,420	6,520	8,520	10,520	12,170	13,470	14,770	16,070	17,370	18,540	19,640
\$175,000 - 199,999	2,720	5,360	7,460	9,630	11,930	13,860	15,160	16,460	17,760	19,060	20,230	21,330
\$200,000 - 249,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,310
\$250,000 - 399,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,310
\$400,000 - 449,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,470
\$450,000 y más	3,140	6,290	8,880	11,380	13,880	16,010	17,510	19,010	20,510	22,010	23,380	24,680

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	\$760	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,190	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	760	1,820	2,110	2,220	2,220	2,390	3,390	4,070	4,070	4,240	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	910	2,110	2,400	2,510	2,680	3,680	4,680	5,360	5,530	5,730	5,930	5,930
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,510	2,790	3,790	4,790	5,790	6,640	6,840	7,040	7,240	7,240
\$40,000 - 59,999	1,020	2,240	3,530	4,640	5,640	6,780	7,980	8,860	9,060	9,260	9,460	9,460
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,360	6,610	7,810	9,010	10,210	11,090	11,290	11,490	11,690	12,170
\$80,000 - 99,999	1,870	4,210	5,700	7,010	8,210	9,410	10,610	11,490	11,690	12,380	13,370	14,170
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,930	7,240	8,440	9,640	10,860	12,540	13,540	14,540	15,540	16,480
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,930	7,240	8,860	10,860	12,860	14,540	15,540	16,830	18,130	19,230
\$150,000 - 174,999	2,040	4,460	6,750	8,860	10,860	12,860	15,000	16,980	18,280	19,580	20,880	21,980
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,210	10,320	12,600	14,900	17,200	19,180	20,480	21,780	23,080	24,180
\$200,000 - 449,999	2,970	6,470	9,060	11,480	13,780	16,080	18,380	20,360	21,660	22,960	24,250	25,360
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,630	12,250	14,750	17,250	19,750	21,930	23,430	24,930	26,420	27,730

CERTIFICADO DE RETENCIONES DEL EMPLEADO

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

Ingrese su información personal	
Nombre, segundo nombre, apellido	Número de Seguro Social
Dirección Ciudad, estado y código postal	Estado civil SOLTERO o CASADO (con dos o más ingresos) CASADO (con un ingreso) CABEZA DE FAMILIA

1. Número total de retenciones que solicita (use la Hoja de Trabajo A para retenciones regulares. Use las hojas de trabajo A+B que aparecen en las siguientes páginas, si le aplican).
2. Cantidad adicional, si hay alguna, que desea que se le retenga en cada período de pago (si su empleador está de acuerdo), (**Hojas de Trabajo B y C**)
○

Exención de retención

3. Solicito se me exenten las retenciones para el 2020 y certifico que cumplo con las dos condiciones de exención.
○
4. Declaro bajo pena de perjurio que **no estoy sujeto** a retenciones de California. Yo cumplo con las condiciones establecidas en la Ley titulada en inglés *Service Member Civil Relief Act*, la cual fue enmendada por la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*.

Escriba "Exento" aquí

(Marque el recuadro aquí)

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

Firma del empleado _____

Fecha

Sección del empleador: Nombre y dirección del empleador	Número de Cuenta del Impuesto sobre la Nómina del Empleador de California
--	---

PROPÓSITO: Este certificado, DE 4, es únicamente para propósitos de **retener el impuesto sobre el Ingreso Personal de California (PIT, por sus siglas en inglés)**. El formulario DE 4 se usa para calcular la cantidad de impuestos que se retendrán de sus sueldos, por parte de su empleador, para reflejar con exactitud su obligación de retener sus impuestos estatales.

A partir del primero de enero de 2020, el *Certificado de Retención del Empleado* (Formulario W-4) del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) será usado **únicamente** para la retención del impuesto federal sobre el ingreso. Usted debe presentar el formulario estatal *Certificado de Retención de Impuestos* (DE 4) para determinar la retención apropiada del Impuesto sobre el Ingreso personal de California (PIT).

Si no le proporciona a su empleador el certificado de retención, el empleador debe usar la retención correspondiente a soltero y sin retenciones.

REVISE SUS RETENCIONES: Después de que el DE 4 entre en vigor, compare la retención del impuesto estatal sobre el ingreso

con su total de impuestos anuales estimados. Para retenciones del estado, use las hojas de trabajo de este formulario.

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

1. No debe impuestos sobre el ingreso federales/estatales del año pasado, y
2. No espera deber ningún impuesto federal/estatal este año. La exención es válida por un año.

Si continua calificando para la exención de retención cuando declare impuestos, debe presentar un nuevo DE 4 en el que se le designe como EXENTO antes del 15 de febrero de cada año para continuar con su exención. Si no tiene retenciones federales/estatales este año, pero espera tener una responsabilidad fiscal (adeudo) el siguiente año, se le requerirá que le entregue a su empleador un nuevo DE 4 a más tardar el primero de diciembre.

Ley Member Service Civil Relief Act: Bajo esta ley, y conforme a la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*, usted puede ser exento del impuesto sobre el ingreso de California sobre su sueldo si:

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

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

La guía para empleadores titulada en inglés [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF, 2.4 MB\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) le proporciona las tablas que contienen las retenciones del impuesto sobre el ingreso. Esta publicación la puede encontrar visitando [Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). Para asistirle en el cálculo de su responsabilidad fiscal, por favor visite la agencia [Franchise Tax Board \(FTB, por sus siglas en inglés\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

Si necesita información sobre su última declaración de impuestos, como residente de California, titulada en inglés California Resident Income Tax Return (FTB Form 540), visite la agencia Franchise Tax Board (FTB) (ftb.ca.gov).

NOTIFICACIÓN: La carga de la prueba recae en el empleado para demostrar la retención correcta del impuesto sobre el ingreso de California. De conformidad con la sección 4340-1(e) del [Título 22 del Código de Reglamentos de California \(CCR, por sus siglas en inglés\)](#), la FTB o el EDD podrían, mediante petición especial por escrito, requerir a un empleador para que presente el Formulario W-4 o el DE 4 cuando dichos formularios sean necesarios para la administración de los programas de retención de impuestos.

SANCIÓN: Usted podría ser sancionado por la cantidad de \$500 si presenta, sin fundamentos razonables, un DE 4 que traiga como resultado la retención de menos impuestos de los que se está debidamente permitido. Adicionalmente, se aplicaran sanciones penales por proveer información falsa o fraudulenta, o por no proveer información requerida para incrementos de retenciones. Esto tiene su fundamento en la sección 13101 del [Código del Seguro de Desempleo de California](#) y la sección 19176 del [Código de Ingresos y Contribuciones](#).

HOJAS DE TRABAJO

INSTRUCCIONES — 1 — RETENCIONES*

Cuando determine sus retenciones, debe considerar su situación personal:

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

DOS INGRESOS/VARIOS INGRESOS: Cuando los ingresos provienen de más de una fuente, pueden ocurrir retenciones menores. Si su cónyuge trabaja o usted tiene más de un empleo, se le recomienda que marque el recuadro “Soltero o Casado (con dos o más ingresos). Investigue el número total de retenciones que tiene derecho a reclamar en todos sus empleos usando un solo formulario DE 4. Solicite retenciones con **un** empleador.

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

CASADO PERO NO VIVE CON SU CÓNYUGE: Usted puede marcar el recuadro “Cabeza de familia” para su estado civil si cumple con todos los siguientes supuestos:

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

CABEZA DE FAMILIA: Para calificar, usted no debe estar casado o legalmente separado de su cónyuge y pagar más del 50% de los costos de mantenimiento del año **completo** tanto para usted como para su(s) dependiente(s) o cualquier otra persona que califique. El costo de mantenimiento del hogar incluye rubros como la renta, seguros de propiedades, impuestos de propiedades, intereses de hipotecas, reparaciones, servicios públicos y costos de alimentación. No se incluyen los gastos personales del individuo o cualquier cantidad que represente algún valor por servicios prestados por un miembro del hogar del contribuyente.

HOJA DE TRABAJO A

RETENCIONES REGULARES

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

INSTRUCCIONES — 2 — (OPCIONAL) RETENCIONES ADICIONALES

Si cree que va a especificar sus deducciones en su declaración del impuesto sobre el ingreso de California, puede solicitar retenciones adicionales. Use la Hoja de Trabajo B para determinar sus deducciones estimadas que le puedan permitir solicitar **una o más deducciones adicionales**. Use el último Formulario 540 de la FTB como ejemplo para calcular las cantidades que se retendrán este año.

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

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

HOJA DE TRABAJO B

DEDUCCIONES ESTIMADAS

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

- | | |
|---|------|
| 1. Ingrese un estimado de sus deducciones especificadas para los impuestos de California del presente año fiscal como se enlista en el Formulario 540 de la FTB | 1. |
| 2. Ingrese la cantidad de \$9,074 si está casado y presenta una declaración conjunta con dos o más retenciones, soltero pero cabeza de familia o viudo calificado con dependiente(s) o \$4,537 si está soltero o casado pero declara impuestos por separado, casado con doble ingreso o casado con varios empleadores | – 2. |
| 3. Substraiga la línea 2 de la línea 1 e ingrese la diferencia | = 3. |
| 4. Ingrese un estimado de sus ajustes a su ingreso (pagos de pensión alimenticia, depósitos de retiro) | + 4. |
| 5. Agregue la línea 4 a la línea 3 e ingrese la suma | = 5. |
| 6. Ingrese un estimado de su ingreso que no proviene de sueldos (dividendos, ingreso por intereses, recibe pensión alimenticia) | – 6. |
| 7. Si la línea 5 es más que la línea 6 (si es menos, vea en la parte de abajo [vaya a la línea 9]);
Substraiga la línea 6 de la línea 5 e ingrese la diferencia | = 7. |
| 8. Divida la cantidad de la línea 7 entre \$1,000 y redondee cualquier fracción al número entero más cercano
Agregue ese número a la Línea F de la Hoja de Trabajo A e ingréselo en la línea 1 del DE 4. Complete la Hoja de Trabajo C si es necesario, de lo contrario pare aquí . | 8. |
| 9. Si la línea 6 es más que la línea 5;
Ingrese la cantidad de la línea 6 (ingreso que no proviene de sueldos) | 9. |
| 10. Ingrese la cantidad de la línea 5 (deducciones) | 10. |
| 11. Substraiga la línea 10 de la línea 9 e ingrese la diferencia | 11. |

Complete la Hoja de Trabajo C

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

1. Ingrese un estimado del total de sus sueldos del año fiscal 2020. 1.
2. Ingrese un estimado del total de ingresos que no provienen de sueldos (línea 6 de la Hoja de Trabajo B). 2.
3. Ingrese la línea 1 y la línea 2. Ingrese la suma. 3.
4. Ingrese deducciones específicas o deducciones estándar (línea 1 o 2 de la Hoja de Trabajo B, la que sea mayor). 4.
5. Ingrese los ajustes de ingreso (línea 4 de la Hoja de Trabajo B). 5.
6. Agregue la línea 4 y la línea 5. Ingrese la suma. 6.
7. Substraiga la línea 6 de la línea 3. Ingrese la diferencia. 7.
8. Investigue el monto de su responsabilidad fiscal para saber la cantidad que va en la línea 7 usando las tablas de tarifas fiscales del 2020 que aparecen en la parte de abajo. 8.
9. Ingrese exenciones personales (línea F de la Hoja de Trabajo A x \$134.20). 9.
10. Substraiga la línea 9 de la línea 8. Ingrese la diferencia. 10.
11. Ingrese cualquier crédito fiscal que tuviese. (Consulte el Formulario 540 de la FTB). 11.
12. Substraiga la línea 11 de la línea 10. Ingrese la diferencia. Este es el total de su responsabilidad fiscal. 12.
13. Calcule el impuesto a retener y el estimado que se le retendrá en el 2020. Comuníquese con su empleador para solicitar la cantidad que será retenida de sus sueldos con base en su estado civil y el número de retenciones que solicitará en el 2020. Multiplique la cantidad estimada que será retenida por el número de pagos periódicos pendientes en el año. Agregue el total a la cantidad que está siendo retenida en el 2020. 13.
14. Substraiga la línea 13 de la línea 12. Ingrese la diferencia. Si es menos de cero, no necesita tener retenciones de impuestos adicionales. 14.
15. Divida la línea 14 por el número de pagos periódicos que faltan en el año. Ingrese esa cantidad en la línea 2 del DE 4. 15.

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

LAS SIGUIENTES TABLAS SON PARA CALCULAR LA HOJA DE TRABAJO C Y ÚNICAMENTE PARA EL 2020

PERSONAS SOLTERAS, PERSONAS CASADAS CON INGRESO DOBLE CON VARIOS EMPLEADORES

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$8,809	1.100%	\$0	\$0.00
\$8,809	\$20,883	2.200%	\$8,809	\$96.90
\$20,883	\$32,960	4.400%	\$20,883	\$362.53
\$32,960	\$45,753	6.600%	\$32,960	\$893.92
\$45,753	\$57,824	8.800%	\$45,753	\$1,738.26
\$57,824	\$295,373	10.230%	\$57,824	\$2,800.51
\$295,373	\$354,445	11.330%	\$295,373	\$27,101.77
\$354,445	\$590,742	12.430%	\$354,445	\$33,794.63
\$590,742	\$1,000,000	13.530%	\$590,742	\$63,166.35
\$1,000,000	y más	14.630%	\$1,000,000	\$118,538.96

PERSONAS CASADAS

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$17,618	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,618	\$41,766	2.200%	\$17,618	\$193.80
\$41,766	\$65,920	4.400%	\$41,766	\$725.06
\$65,920	\$91,506	6.600%	\$65,920	\$1,787.84
\$91,506	\$115,648	8.800%	\$91,506	\$3,476.52
\$115,648	\$590,746	10.230%	\$115,648	\$5,601.02
\$590,746	\$708,890	11.330%	\$590,746	\$54,203.55
\$708,890	\$1,000,000	12.430%	\$708,890	\$67,589.27
\$1,000,000	\$1,181,484	13.530%	\$1,000,000	\$103,774.24
\$1,181,484	y más	14.630%	\$1,181,484	\$128,329.03

SOLTERO CABEZA DE FAMILIA

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$17,629	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,629	\$41,768	2.200%	\$17,629	\$193.92
\$41,768	\$53,843	4.400%	\$41,768	\$724.98
\$53,843	\$66,636	6.600%	\$53,843	\$1,256.28
\$66,636	\$78,710	8.800%	\$66,636	\$2,100.62
\$78,710	\$401,705	10.230%	\$78,710	\$3,163.13
\$401,705	\$482,047	11.330%	\$401,705	\$36,205.52
\$482,047	\$803,410	12.430%	\$482,047	\$45,308.27
\$803,410	\$1,000,000	13.530%	\$803,410	\$85,253.69
\$1,000,000	y más	14.630%	\$1,000,000	\$111,852.32

Si necesita información sobre su última Declaración del Impuesto sobre el Ingreso de California, FTB Formulario 540, visite la agencia **Franchise Tax Board (FTB)** (ftb.ca.gov).

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