





279 Tucker Blvd.  
Dallas, GA 30157  
(770) 443-9040

Solicitud de Empleo

Empleos previo		
Nombre de la compañía:	Fechas desde:	hasta:
Dirección:		
Teléfono:	Nombre de su Supervisor:	
Descripción laboral:	Pago inicial:	Pago terminal:
Causa de partida:		
Podemos ponernos en contacto con ese patron para pedir referencias?    Si    No		
Nombre de la compañía:	Fechas desde:	hasta:
Dirección:		
Teléfono:	Nombre de su Supervisor:	
Descripción laboral:	Pago inicial:	Pago terminal:
Causa de partida:		
Podemos ponernos en contacto con ese patron para pedir referencias?    Si    No		
Nombre de la compañía:	Fechas desde:	hasta:
Dirección:		
Teléfono:	Nombre de su Supervisor:	
Descripción laboral:	Pago inicial:	Pago terminal:
Causa de partida:		
Podemos ponernos en contacto con ese patron para pedir referencias?    Si    No		

Negación de responsabilidad y firma



Fecha : \_\_\_\_\_

Estimado \_\_\_\_\_,

**Título:** Merchandiser

**Descripción del empleo:** Ver documento adjunto.

**El sueldo base:** \$ \_\_\_\_\_ por hora, pagó dos veces por semana por medio de cheque o depósito directo y previa deducción de los impuestos y otras retenciones como exige la ley.

**Plazo de Empleo:** \_\_\_\_\_

**Beneficios:** Participación en seguridad con 50% contribución del empleador como es explicado en el manual de empleados. Vacaciones pagadas como son explicados en el manual de empleados. Días festivos pagados como son explicados en el manual de empleados

**Fecha de inicio:** \_\_\_\_\_

Su empleo con Rambo Enfermería, se hace a voluntad y cualquiera de las partes puede terminar la relación en cualquier momento con o sin causa y con o sin previo aviso.

Usted reconoce que esta carta de oferta representa el acuerdo completo entre usted y el Jardín de Rambo y que hay acuerdos verbales o escritos, promesas o representaciones que no son específicamente mencionadas en esta oferta, o será vinculante Rambo dormitorio.

Si usted está de acuerdo con el esquema anterior, por favor firme abajo. Esta oferta está vigente durante cinco días.

\_\_\_\_\_

Firmado

\_\_\_\_\_

Fecha



**DRIVERS LICENSE AND SOCIAL SECURITY CARD**

Please include a copy of your Driver's License and Social Security card.



## CONSENTIMIENTO DEL SOLICITANTE A LA PRUEBA DE DROGA

Yo entiendo que es la póliza de Rambo Nursery realizar pruebas de droga a sus solicitantes de empleo con el propósito de detectar el uso de drogas, y que uno de los requerimientos para la consideración de empleo con Rambo Nursery es el pasar satisfactoriamente la prueba(s) de droga de la compañía.

Por lo tanto, con el propósito de ser considerado para empleo, yo por este medio estoy de acuerdo que se me realice la prueba de droga.

Yo entiendo que el resultado favorable de la prueba no será necesariamente una garantía de empleo con Rambo Nursery.

Si soy aceptado para empleo, yo estoy de acuerdo a tomar una prueba de droga cuando sea solicitado por Rambo Nursery y yo comprendo que el tomar estas pruebas será una condición para continuar mi empleo.

También, le doy consentimiento a la agencia que me realizara la prueba de droga a dar a conocer los resultados a Rambo Nursery y otras organizaciones oficialmente interesadas en los resultados de mi prueba.

En este momento doy mi consentimiento a la prueba de droga.

\_\_\_\_\_  
(Firma del aplicante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)  
(Signature of Witness)



## Política de tiempo y asistencia de ADP

Es imperativo que los empleados se registren y salgan correctamente. El propósito de esta nota es establecer claramente los procedimientos apropiados del reloj del tiempo, y bosquejar la política del cuarto de niños del Rambo en ediciones del reloj del tiempo. El vivero Rambo utiliza un identificador biométrico de huellas dactilares con el único propósito de recolectar los datos de tiempo trabajados utilizados en el proceso de nómina.

Se espera que los empleados se registren al llegar al lugar donde se realizará su trabajo. Debe salir en el mismo lugar al salir. Los empleados también deben entrar y salir para cualquier comida o descansos para fumar. Las horas de la tarjeta de tiempo se introducen directamente en la nómina y deben ser correctas.

Si se olvida de entrar o salir, deténgase tan pronto como se dé cuenta de su error y llame a su supervisor o a la oficina. Si está fuera del horario de oficina, llame a la oficina y deje un mensaje detallado. Si sospecha que se ha producido algún tipo de error con el reloj de entrada/salida, deténgase y llame inmediatamente a la oficina.

Tenga en cuenta que todos los ajustes de la tarjeta de tiempo están sujetos a un período de espera de hasta un período de pago antes de ser añadido a la nómina. Si un empleado no puede entrar o salir correctamente, se debe obtener la aprobación del Gerente antes de que se ajuste la tarjeta de tiempo. Los ajustes a las tarjetas de tiempo sólo se harán dentro de los 14 días de la fecha de check.

Los empleados que frecuentemente no utilizan el procedimiento apropiado del reloj de tiempo están sujetos a una acción disciplinaria hasta e incluyendo la terminación. Si usted está demasiado enfermo para trabajar, debe informar esto a su gerente no más tarde de las 8am del día en que usted estará ausente. La ausencia excesiva y/o tardanza no será tolerada y es motivo de terminación. No hay llamada, no hay motivo para la terminación inmediata.

Al firmar este memorándum, el empleado acepta estos términos y permite que el vivero de Rambo proporcione tales datos a ADP, quien retendrá esta información hasta su terminación.

Por la presente reconozco que he leído y entiendo los procedimientos adecuados de ADP y la política de la guardería de Rambo en cuestiones de tarjeta de tiempo.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CHRONOTEK PROCEDIMIENTO Y POLIZAS

9-1-877-447-5308

código de acceso - 326 + 3 digito numero de empleado

**Rambo Nursery usa Chronotek para cuidar el tiempo de cada comerciante. Es imperativo que cada empleado use este sistema para marcar su tiempo de entrada y salida en cada localización, y entre cada descanso**

Empleados deben de usar el numero de teléfono marcado en cuanto llegan a trabajar. Esto solo se puede hacer con los teléfonos dentro de la Home Depot. Su supervisor recibe notificación de cada entrada y salida del reloj. Es necesario usar el sistema cada vez que toma un descanso.

Cada vez que usted salga de la tienda for cualquier descanso debe de marcar su salida con el reloj. Si va a diferentes localizaciones, por favor marca su salida de cada tienda antes de seguir a la próxima tienda. En cuanto llegue a su siguiente tienda, puede marcar entrada otra vez en el reloj.

Sus horarios no cambian sin aprobación de su supervisor. Los comerciantes de Rambo Nursery no deben trabajar mas de 40 horas por semana. Si usted tiene mas de 8 horas en un dia, debe de tener aprobación de su supervisor. Si usted necesita cambiar sus horarios, favor de comunicar con su supervisor lo mas pronto que pueda.

Si tiene que faltar for enfermedad o cualquier otra razon, favor de dejarle saber a su supervisor lo mas pronto que puedo, pero al menos una hora antes del horario que debe entrar a trabajar.

Su usted sospecha que hay un error con sus tiempos de entrada/salida, llama a la oficina o a su supervisor inmediatamente para poder corregir el error. Empleados que fallan usar el procedimiento del reloj frecuentemente están sujetos a acción disciplinaria, que puede resultar en la terminación del empleado.

**1a ofensa:** El aprobacion de su supervisor debe ser entregado para corregir el error. En unos casos puede tomar hasta un periodo de pago para que usted recibe su pago por el tiempo perdido.

**2a ofensa:** El empleado puede ser requerido ir a la oficina para llenar declaración de sus horas perdidas. En unos casos puede tomar hasta un periodo de pago para que usted recibe su pago por el tiempo perdido.

**3a ofensa–** Cualquier empleado que falla usar el reloj correctamente hasta 3 veces en un periodo de 30 días puede ser suspendido sin pago for 30 días. Mas ofensas puede resultar en su terminación.

Su firma es su reconocimiento que leo y entiende el procedimiento de Chronotek y las polizas de Rambo Nursery para arreglar problemas con sus horarios.

---

Firma

---

Fecha

# CUESTIONARIO DE SALUD

**Para ser llenado después de haberse hecho la oferta de trabajo y antes que el empleado empiece a trabajar**

Esta información médica se está recaudando en cumplimiento con el Acta de Americanos con Discapacidad (American with Disabilities Act - ADA) y se guardará en un archivo médico separado como un registro confidencial, con la excepción de que supervisores/administradores pueden ser informados sobre restricciones de trabajo necesarias y acomodos. Además primeros auxilios/seguridad del personal puede pedir información necesaria para tratamiento médico de emergencia y el gobierno puede ser provisto con esta información cuando se haga cumplir el ADA. *42 USCA § 12112(d)(3) (West 2008)*

Además, el empleador se reserva el derecho a usar esta información para ayudar a la presentación de un reclamo de compensación al trabajador para reembolso bajo cualquier Fondo de Lesión Subsiguiente/Secundario. *29 C.F.R. § 1630.14(b) (West 2008)*

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del empleado \_\_\_\_\_  
Primer Nombre
Segundo Nombre
Apellido

No. Seguro Social \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de contrato \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

I. ¿Alguna vez ha experimentado alguna de las siguientes condiciones? (Marque Sí o No)

	Yes	No		Yes	No
1. Dolor en el cuello o molestia de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Desorden del corazón o vasos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dolor de espalda o molestia de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Flebitis o trombosis (coágulos de sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dolor en la mano o muñeca o molestia de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dolor de hombro o molestia de cualquier otro tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dolor en el tobillo o molestia de cualquier otro tipo problema sanguíneo diagnosticado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Enfisema, asma o cualquier otro problema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor en la rodilla o molestia de cualquier otro tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Hemofilia, anemia de células falciformes u otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Hipoglucemia o Hiperoglucemia (azúcar baja o alta en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Osteomielitis crónica (infección de huesos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Anquilosamiento o fusión de cualquier articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Artritis o similar enfermedad degenerativa de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Disco del cuello o espalda roto herniado, sobresalido o desviado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pie, pierna, mano o brazo amputado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pérdida de la vista en uno o ambos ojos o pérdida parcial de la vista en más del 75% en ambos ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Cualquier condición permanente que constituye incapacidad de la mano, pie, pierna, brazo o del cuerpo entero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Polio o cualquier efecto continuo de esa condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Dolor en las articulaciones o molestia de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Parálisis cerebral, distrofia muscular o múltiple esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

II. Si usted marcó Sí en alguna de las condiciones arriba mencionadas, por favor describa la naturaleza de las condiciones.

---

---

---

---

III. ¿Alguna vez ha recibido atención médica o ha sido operado por alguna de las condiciones listadas en la primera página de este cuestionario?

Sí  No Si su respuesta es Sí, por favor explique:

---

---

IV. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna de las condiciones listadas en la primera página de este cuestionario?

Sí  No Si su respuesta es Sí, por favor explique:

---

---

V. ¿Actualmente está recibiendo atención médica o la ha recibido durante el año pasado por alguna de las condiciones listadas en la primera página de este cuestionario?

Sí  No Si su respuesta es Sí, mencione las condiciones y describa la atención médica que está recibiendo

---

---

VI. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento o alguna vez lo ha recibido por una enfermedad mental diagnosticada médicamente o por un problema como depresión, condición maníaco-depresiva, ansiedad, esquizofrenia o una condición similar o relacionada.

Sí  No Si su respuesta es Sí, por favor explique:

---

---

VII. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento o alguna vez lo ha recibido por problemas con alcohol o drogas?

Sí  No Si su respuesta es Sí, por favor explique:

---

---

VIII. Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente.

---

---

IX. ¿Tiene usted alguna condición física de la cual debemos saber en el caso de una emergencia médica? Si es así, por favor identifique las condiciones y, si es necesario, el doctor que lo trata.

---

---

Firma del empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Rambo Nursery**  
**6/1/2021 - 5/31/2022 Inscripción de Beneficios**

Apellido de Empleado	Nombre	Inicial	Nacimiento	Género	SSN de Empleado	Alquilar
						Y / N

Dirección de Casa	Telefonos)

Ciudad	Estado	Zip	Trabajo

Fecha de Contratacion	Fecha Efectiva

Nombres de Dependientes para ser Cubierto	Género	Nacimiento	SSN
Conyuge			
Hijo			
Hijo			
Hijo			

**Reliance/Humana Medical & Rx Insurance (Las primas son pagados por deducción de payroll (26))**

	<u>EE Only</u>	<u>ESP</u>	<u>E+1 CH</u>	<u>E 2+CH</u>	<u>FAM</u>
Reliance MEC Plan de Medico	\$26.19 <input type="checkbox"/>	\$79.43 <input type="checkbox"/>	\$56.22 <input type="checkbox"/>	\$110.60 <input type="checkbox"/>	\$151.39 <input type="checkbox"/>
Humana Plan de Medico - EHDHP NPOS Opt 22	\$164.72 <input type="checkbox"/>	\$387.13 <input type="checkbox"/>	\$353.77 <input type="checkbox"/>	\$576.18 <input type="checkbox"/>	
Humana Plan da Medico - Canopy NPOS Opt 42	\$191.47 <input type="checkbox"/>	\$440.63 <input type="checkbox"/>	\$403.26 <input type="checkbox"/>	\$652.42 <input type="checkbox"/>	
Humana Plan da Medico - Canopy NPOS Opt 41	\$206.30 <input type="checkbox"/>	\$470.30 <input type="checkbox"/>	\$430.70 <input type="checkbox"/>	\$694.69 <input type="checkbox"/>	
Humana Plan de Medico - Simplicity NPOS Opt 15	\$217.36 <input type="checkbox"/>	\$492.41 <input type="checkbox"/>	\$451.15 <input type="checkbox"/>	\$726.20 <input type="checkbox"/>	

No Aplicar

Declino participar en Plan de seguro médico de Rambo Nursery. Entiendo que por disminución de la participación no recibiré seguro bajo el plan de seguro de mi empleador.

**Humana Beneficos Dentales (Las primas son pagados por deducción de payroll (26))**

	<u>EE Only</u>	<u>ESP</u>	<u>ECH</u>	<u>FAM</u>	<u>No Aplicar</u>
Humana Plan Dentales	\$16.63 <input type="checkbox"/>	\$37.54 <input type="checkbox"/>	\$32.05 <input type="checkbox"/>	\$53.57 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Humana Beneficos de la Vista (Las primas son pagados por deducción de payroll (26))**

	<u>EE Only</u>	<u>ESP</u>	<u>ECH</u>	<u>FAM</u>	<u>No Aplicar</u>
Humana Plan de la Vista	\$3.41 <input type="checkbox"/>	\$6.81 <input type="checkbox"/>	\$6.47 <input type="checkbox"/>	\$10.17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I understand that the salary deductions that I have directed will have no effect on upcoming pay increases, overtime rates or any of my benefits determined by my base pay. I further understand that I cannot change these elections unless I have a qualifying event (i.e. marriage, divorce, birth or adoption of a child, dependant's death or termination of spouse's employment). To be eligible to make a change, I understand that I need to make the request within 30 days of the qualifying event and complete the necessary enrollment forms.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Polizas de comerciantes

January 17, 2020

### Prueba de drogas

Cada empleado debe tomar una prueba de drogas, no solo al tiempo de contratación pero al discreto de administración. Si falla la prueba de drogas, es motivo para inmediatamente terminación. Todas propiedades debajo de Rambo Nursery y Cedar Valley Plant Farm son libre de humo y drogas. Esto incluye las tiendas de Home Depot. Fumando solo se permite en su vehículo y en su propio tiempo (debe de marcar su salida en el reloj para cada descanso). Esta póliza incluye a cualquier forma de tabaco

### Celulares

El uso de teléfonos celulares durante horarios de trabajo es permitido solo si necesita contactar a su supervisor o en casos de emergencia. Llamadas personales deben ser tomadas durante tiempo de descanso. Si se encuentra tomando llamadas personales cuando esta en el reloj, puede resultar en consecuencias con su supervisor

### Ausencias/Sobretiempo

Los comerciantes no se permitan trabajar mas de 8 horas al dia, y mas de 40 horas a la semana. Cualquier horas sobre las 40 deben ser aprobadas por su supervisor. Si necesita cambiar su disponibilidad, favor de comunicar con su supervisor para obtener la necesaria aprobacion. Ausencias y enfermedades deben ser notificadas a su supervisor antes de las 8 am o una hora antes que debe entrar al trabajo. Debe marcar salida en el reloj cada vez que sale de la tienda. Tardanzas excesivas, no siguiendo sus horarios o no usando el procedimiento de salida/entrada son motivos para terminación.

### Reportando violaciones a la administración

Cualquier empleado que cree que ha sido instruido hacer o manejarse en una form que no coincide con las polizas de la compania debe reportar inmediatamente a la administración. Es la responsabilidad de Rambo Nursery para tomar acción correctiva para encontrar una resolución. No tomaremos acciones contra el empleado que llamo la atención a estos problemas. Rambo Nursery mantiene la confidencialidad del empleado excepto cuando es requerido por la ley.

### Estacionamiento en Home Depot

Todos comerciantes deben estacionarse en la area mas lejos del frente de la tienda.

### Comida y bebidas

Comida y bebidas (excepto agua) deben mantenerse en el area de descanso o en su propio vehiculo. Empleados NO deben comer mientras estan trabajando.

### Camisetas de Rambo Nursery

Solo las camisetas con collar con logo de Rambo Nursery son acceptable mientras trabajando en el departamento de comerciantes. El uniforme no se puede alterar en ninguna manera. Si tiene manchas, rotas o esta dañada en cualquier otra forma, debe ordenar otra camiseta.

Si falla cumplir estas pólizas y cualquier violacion puede resultar en acción disciplinaria y puede resultar en la terminación de su empleo con Rambo Nursery.

Nombre en letra

Firma del empleado

Fechas



## Meals and Breaks: 11-01-2021

Equipo,

Tenemos confusion en como manejar descansos y horas de lonche. Este memo es para aclarar confusions.

**Descansos:** Se le permiten dos (2) descansos de 15 minutos durante su turno. Estos descansos se deben tomar para ir al baño, tomar algo para beber o simplemente descansar. Estos descansos no se pueden tomar en su automóvil y no se pueden combinar en un (1) descanso de 30 minutos.

Si trabajas 4 horas o menos al dia, solo se permite un (1) descanso de 15 minutos.

No se permite salir del Home Depot durante el Descanso.

**Comidas/Almuerzos:** Son para los empleados que trabajan mas de 7 horas al dia. Solo se permite 30 minutos para este descanso para comer. Si usted necesita mas tiempo por cualquier razon, por favor contacta a su supervisor directo. Sus 30 minutos empiezan cuando marca su salida del reloj. Para este descanso puede salir a su vehiculo, salir de la propiedad, etc...

**Acontabilidad: Si falla con cualquier poliza:**

**1er ofensa: Advertencia escrita**

**2da ofensa: Si falla durante un periodo de 12 meses, resulta en terminacion.**

Signature: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Updated: 11-01-2021



## **CEDAR VALLEY PLANT FARM**

### **RECONOCIMIENTO DEL MANUAL PARA EMPLEADOS**

Yo he leído y entiendo las pólizas establecidas en el contenido, incluyendo la póliza de Rambo Nursery sobre el abuso de sustancia, su póliza de seguridad, y su póliza de acoso.

Yo comprendo que el no obedecer los reglamentos y pólizas de este manual conduciría a una acción disciplinaria que pudiera llegar y hasta incluir el despido permanente.

Yo comprendo que he sido contratado a base temporaria (por temporada).

Yo comprendo que las horas de trabajo por semana variaran dependiendo a la necesidad y disponibilidad.

Yo comprendo que puede ser requerido trabajar los fines de semana.

Yo juro que no tengo lesión física o enfermedad que me impida ejecutar mi trabajo apropiadamente.

\_\_\_\_\_  
Firmado

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **CEDAR VALLEY PLANT FARM**

He recibido, leído y entendido las políticas y procedimientos establecidos en el Manual de Seguridad Rambo Nursery y sus normas de seguridad y de salud.

\_\_\_\_\_  
Firmado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## MOTOR VEHICLE RECORD RELEASE FORM

*Esta sección debe ser completada por el conductor:*

Nombre de Conductor \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

MI

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero - M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Number de Seguridad Social # \_\_\_\_\_

Numero de licencia : \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Record del empleado - Debe ser completado por el conductor

*Durante los tres años antes de su aplicacion, usted ha:*

1. Se suspendio o revoco su licencia de conducir? Si No
2. Sido citado por conducir un vehículo bajo la influencia del alcohol o drogas? Si No

Compromiso del conductor

*Estoy de acuerdo en cumplir con todas mis responsabilidades que incluyen pero no se limitan a:*

1. Adherirme a todas las polizas y procedimiento que rigen el funcionamiento de mi vehiculo.
2. Informe condiciones de funcionamiento inseguras del vehículo
3. Reportare cualquier accidente inmediatamente
4. Prohibir el use del vehículo de la compania por conductores no autorizados
5. Prohibir que pasajeros no autorizados viajen en el vehículo de la compañía - SIN EXCEPCIONES

*Entiendo qu estos compromisos y responsabilidades son monitoreados y el incumplimiento de mi parte de cumplir con estos requisitos puede resultar en la perdida de privilegios de manejo de la flota o otras acciones disciplinarias.*

*El firmante autoriza a cualquier Departamento Estatal de Vehículos Motorizados a divulgar toda la información relacionada con mi registro de maneja a la compania o su designado para evaluar con fines de empleo. Esta autorización permanecerá vigente mientrasdure mi emplea en la empresa*

Firma del conductor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Employee Direct Deposit Enrollment Form

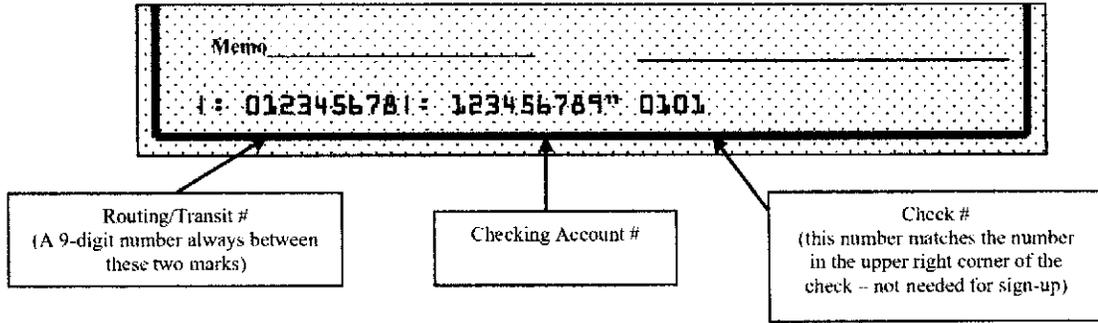


**Payroll Manager – Please complete this section and send a copy to ADP for enrollment. (Please print.)**

Company Code: \_\_\_\_\_ Company Name: \_\_\_\_\_ Employee File Number: \_\_\_\_\_  
 Payroll Mgr. Name: \_\_\_\_\_ Payroll Mgr. Signature: \_\_\_\_\_

To enroll in Full Service Direct Deposit, simply fill out this form and give to your payroll manager. Attach a voided check for each checking account - not a deposit slip. If depositing to a savings account, ask your bank to give you the Routing/Transit Number for your account. It isn't always the same as the number on a savings deposit slip. This will help ensure that you are paid correctly.

Below is a sample check MICR line, detailing where the information necessary to complete this form can be found.



**IMPORTANT! Please read and sign before completing and submitting.**

I hereby authorize ADP to deposit any amounts owed me, as instructed by my employer, by initiating credit entries to my account at the financial institution (hereinafter "Bank") indicated on this form. Further, I authorize Bank to accept and to credit any credit entries indicated by ADP to my account. In the event that ADP deposits funds erroneously into my account, I authorize ADP to debit my account for an amount not to exceed the original amount of the erroneous credit.

This authorization is to remain in full force and effect until ADP and Bank have received written notice from me of its termination in such time and in such manner as to afford ADP and Bank reasonable opportunity to act on it.

Employee Name: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Account Information**

The last item must be for the remaining amount owed to you. To distribute to more accounts, please complete another form.

**Make sure to indicate what kind of account, along with amount to be deposited, if less than your total net paycheck.**

- Bank Name/City/State: \_\_\_\_\_  
 Routing Transit #: \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_  
 Checking  Savings  Other I wish to deposit: \$ \_\_\_\_\_ or  Entire Net Amount
- Bank Name/City/State: \_\_\_\_\_  
 Routing Transit #: \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_  
 Checking  Savings  Other I wish to deposit: \$ \_\_\_\_\_ or  Entire Net Amount
- Bank Name/City/State: \_\_\_\_\_  
 Routing Transit #: \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_  
 Checking  Savings  Other I wish to deposit: \$ \_\_\_\_\_ or  Entire Net Amount

**ATTENTION PAYROLL MANAGER:**

Employers must keep each original employee enrollment form on file as long as the employee is using FSDD, and for two years thereafter.

ADP is a registered trademark of ADP of North America Inc.  
 Full Service Direct Deposit (FSDD) is a service mark of Automatic Data Processing, Inc.  
 02-184-049 10M Printed in USA ©1999, 1998 Automatic Data Processing, Inc.

## FORMULARIO DE MILLAS Y TIEMPO

Por favor completa este formulario y la forma MVR para recibir tiempo de viaje y millas por viajar entre tiendas

Va recibir tiempo por viajar entre tiendas?      Si      No

Va recibir reembolso de millas?      Si      No

Numeros de las tiendas donde va trabajar:

---

**Notas Especiales**

**Manager Signature**



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

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

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

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

<b>Sección 1. Información del Empleado y Declaración</b> (Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)					
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo	Estado ▼
Código Postal	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social de EE.UU.	Dirección de correo electrónico del empleado		Número de Teléfono del Empleado

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

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

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

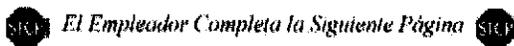
Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

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

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

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

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





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

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

**Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado**

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

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

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

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

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

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)		Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

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

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

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

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

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

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



## Instrucciones Generales

### 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](http://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 2021 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2020 usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2021 usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2020 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2020 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 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 2021. 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 2022.

**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](http://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); o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

**Trabajo por cuenta propia.** Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si desea pagar estos impuestos mediante la retención de su salario, use el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular la cantidad a 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 972(SP), Crédito Tributario por Hijos y Crédito por Otros Dependientes. También puede incluir **otros créditos tributarios** en este paso, como los créditos tributarios por estudios y el crédito por impuestos extranjeros. Para hacerlo, sume un estimado de la cantidad 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 2021 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](http://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 periodos 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 periodos 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 2021 (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: 

}	• \$25,100 si es casado que presenta una declaración conjunta o es viudo que reúne los requisitos	}	. . . . .	2	\$ _____
	• \$18,800 si es cabeza de familia				
	• \$12,550 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado				

 . . . . .
- 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	\$190	\$850	\$890	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,100	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	190	1,190	1,890	2,090	2,220	2,220	2,220	2,220	2,300	3,300	4,070	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,890	2,750	2,950	3,080	3,080	3,080	3,160	4,160	5,160	5,930	5,930
\$30,000 - 39,999	890	2,090	2,950	3,150	3,280	3,280	3,360	4,360	5,360	6,360	7,130	7,130
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,410	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,260	8,260
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,080	3,280	3,490	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,260	9,260
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,080	3,360	4,490	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,260	10,260
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,360	5,490	6,490	7,490	8,490	9,490	10,490	11,260	11,260
\$80,000 - 99,999	1,020	3,150	5,010	6,210	7,340	8,340	9,340	10,340	11,340	12,340	13,260	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	5,930	7,130	8,260	9,320	10,520	11,720	12,920	14,120	15,090	15,290
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,230	16,190	16,400
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,830	14,030	15,270	17,040	18,040
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,430	11,630	12,870	14,870	16,870	18,640	19,640
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,500	7,900	9,230	10,470	12,470	14,470	16,470	18,470	20,240	21,240
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,500	7,940	10,070	12,070	14,070	16,070	18,070	20,070	21,840	22,840
\$320,000 - 364,999	2,720	5,920	8,780	10,980	13,110	15,110	17,110	19,110	21,190	23,490	25,560	26,860
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,630	12,130	14,560	16,860	19,160	21,460	23,760	26,060	28,130	29,430
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,200	12,900	15,530	18,030	20,530	23,030	25,530	28,030	30,300	31,800

**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	\$440	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,410	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,030	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	940	1,540	1,620	2,020	3,020	3,470	3,470	3,470	3,640	3,840	3,840	3,840
\$20,000 - 29,999	1,020	1,620	2,100	3,100	4,100	4,550	4,550	4,720	4,920	5,120	5,120	5,120
\$30,000 - 39,999	1,020	2,020	3,100	4,100	5,100	5,550	5,720	5,920	6,120	6,320	6,320	6,320
\$40,000 - 59,999	1,870	3,470	4,550	5,550	6,690	7,340	7,540	7,740	7,940	8,140	8,150	8,150
\$60,000 - 79,999	1,870	3,470	4,690	5,890	7,090	7,740	7,940	8,140	8,340	8,540	9,190	9,990
\$80,000 - 99,999	2,000	3,810	5,090	6,290	7,490	8,140	8,340	8,540	9,390	10,390	11,190	11,990
\$100,000 - 124,999	2,040	3,840	5,120	6,320	7,520	8,360	9,360	10,360	11,360	12,360	13,410	14,510
\$125,000 - 149,999	2,040	3,840	5,120	6,910	8,910	10,360	11,360	12,450	13,750	15,050	16,160	17,260
\$150,000 - 174,999	2,220	4,830	6,910	8,910	10,910	12,600	13,900	15,200	16,500	17,800	18,910	20,010
\$175,000 - 199,999	2,720	5,320	7,490	9,790	12,090	13,850	15,150	16,450	17,750	19,050	20,150	21,250
\$200,000 - 249,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$250,000 - 399,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,820	20,930	22,030
\$400,000 - 449,999	2,970	5,880	8,260	10,560	12,860	14,620	15,920	17,220	18,520	19,910	21,220	22,520
\$450,000 y más	3,140	6,250	8,830	11,330	13,830	15,790	17,290	18,790	20,290	21,790	23,100	24,400

**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	\$820	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,420	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	820	1,900	2,130	2,220	2,220	2,620	3,620	4,070	4,110	4,310	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	930	2,130	2,360	2,450	2,850	3,850	4,850	5,340	5,540	5,740	5,870	5,870
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,450	2,940	3,940	4,940	5,980	6,630	6,830	7,030	7,160	7,160
\$40,000 - 59,999	1,020	2,470	3,700	4,790	5,800	7,000	8,200	8,850	9,050	9,250	9,380	9,380
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,310	6,600	7,800	9,000	10,200	10,850	11,050	11,250	11,520	12,320
\$80,000 - 99,999	1,880	4,280	5,710	7,000	8,200	9,400	10,600	11,250	11,590	12,590	13,520	14,320
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,870	7,160	8,360	9,560	11,240	12,690	13,690	14,690	15,670	16,770
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,870	7,240	9,240	11,240	13,240	14,690	15,890	17,190	18,420	19,520
\$150,000 - 174,999	2,040	4,920	7,150	9,240	11,240	13,290	15,590	17,340	18,640	19,940	21,170	22,270
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,150	10,440	12,740	15,040	17,340	19,090	20,390	21,690	22,920	24,020
\$200,000 - 249,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$250,000 - 349,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,880	24,980
\$350,000 - 449,999	2,970	6,470	9,000	11,390	13,690	15,990	18,290	20,040	21,340	22,640	23,900	25,200
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,570	12,160	14,660	17,160	19,660	21,610	23,110	24,610	26,050	27,350



2211004013

STATE OF GEORGIA EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

1a. YOUR FULL NAME 1b. YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER
2a. HOME ADDRESS (Number, Street, or Rural Route) 2b. CITY, STATE AND ZIP CODE

PLEASE READ INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE BEFORE COMPLETING LINES 3 - 8

3. MARITAL STATUS

(If you do not wish to claim an allowance, enter "0" in the brackets beside your marital status.)

- A. Single: Enter 0 or 1
B. Married Filing Joint, both spouses working: Enter 0 or 1
C. Married Filing Joint, one spouse working: Enter 0 or 1 or 2
D. Married Filing Separate: Enter 0 or 1
E. Head of Household: Enter 0 or 1

4. DEPENDENT ALLOWANCES [ ]

5. ADDITIONAL ALLOWANCES [ ]
(worksheet below must be completed)

6. ADDITIONAL WITHHOLDING \$

WORKSHEET FOR CALCULATING ADDITIONAL ALLOWANCES

(Must be completed in order to enter an amount on step 5)

1. COMPLETE THIS LINE ONLY IF USING STANDARD DEDUCTION:

Yourself: Age 65 or over Blind
Spouse: Age 65 or over Blind Number of boxes checked x 1300 \$

2. ADDITIONAL ALLOWANCES FOR DEDUCTIONS:

- A. Federal Estimated Itemized Deductions (If Itemizing Deductions) \$
B. Georgia Standard Deduction (enter one): Single/Head of Household \$4,600
Each Spouse \$3,000
C. Subtract Line B from Line A (If zero or less, enter zero) \$
D. Allowable Deductions to Federal Adjusted Gross Income \$
E. Add the Amounts on Lines 1, 2C, and 2D \$
F. Estimate of Taxable Income not Subject to Withholding \$
G. Subtract Line F from Line E (if zero or less, stop here) \$
H. Divide the Amount on Line G by \$3,000. Enter total here and on Line 5 above \$

(This is the maximum number of additional allowances you can claim. If the remainder is over \$1,500 round up)

7. LETTER USED (Marital Status A, B, C, D, or E) TOTAL ALLOWANCES (Total of Lines 3 - 5)
(Employer: The letter indicates the tax tables in Employer's Tax Guide)

8. EXEMPT: (Do not complete Lines 3 - 7 if claiming exempt) Read the Line 8 instructions on page 2 before completing this section.

- a) I claim exemption from withholding because I incurred no Georgia income tax liability last year and I do not expect to have a Georgia income tax liability this year. Check here
b) I certify that I am not subject to Georgia withholding because I meet the conditions set forth under the Servicemembers Civil Relief Act as provided on page 2. My state of residence is My spouse's (servicemember) state of residence is The states of residence must be the same to be exempt. Check here

I certify under penalty of perjury that I am entitled to the number of withholding allowances or the exemption from withholding status claimed on this Form G-4. Also, I authorize my employer to deduct per pay period the additional amount listed above.

Employee's Signature Date

Employer: Complete Line 9 and mail entire form only if the employee claims over 14 allowances or exempt from withholding. If necessary, mail form to: Georgia Department of Revenue, Taxpayer Services Division, P.O. Box 105499, Atlanta, GA 30359

9. EMPLOYER'S NAME AND ADDRESS: EMPLOYER'S FEIN:

EMPLOYER'S WH#:

Do not accept forms claiming additional allowances unless the worksheet has been completed. Do not accept forms claiming exempt if numbers are written on Lines 3 - 7.

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETING FORM G-4**

Enter your full name, address and social security number in boxes 1a through 2b.

Line 3: Write the number of allowances you are claiming in the brackets beside your marital status.

- A. Single – enter 1 if you are claiming yourself
- B. Married Filing Joint, both spouses working – enter 1 if you claim yourself
- C. Married Filing Joint, one spouse working – enter 1 if you claim yourself or 2 if you claim yourself and your spouse
- D. Married Filing Separate – enter 1 if you claim yourself
- E. Head of Household – enter 1 if you claim yourself

Line 4: Enter the number of dependent allowances you are entitled to claim.

Line 5: Complete the worksheet on Form G-4 if you claim additional allowances. Enter the number on Line H here.

**Failure to complete and submit the worksheet will result in automatic denial on your claim.**

Line 6: Enter a specific dollar amount that you authorize your employer to withhold in addition to the tax withheld based on your marital status and number of allowances.

Line 7: Enter the letter of your marital status from Line 3. Enter total of the numbers on Lines 3-5.

Line 8:

- a) Check the first box if you qualify to claim exempt from withholding. You can claim exempt if you filed a Georgia income tax return last year and the amount of Line 4 of Form 500EZ or Line 16 of Form 500 was zero, **and** you expect to file a Georgia tax return this year and will not have a tax liability. You cannot claim exempt if you did not file a Georgia income tax return for the previous tax year. **Receiving a refund in the previous tax year does not qualify you to claim exempt.**

**EXAMPLES:** Your employer withheld \$500 of Georgia income tax from your wages. The amount on Line 4 of Form 500EZ (or Line 16 of Form 500) was \$100. Your tax liability is the amount on Line 4 (or Line 16); therefore, you **do not qualify** to claim exempt.

Your employer withheld \$500 of Georgia income tax from your wages. The amount on Line 4 of Form 500EZ (or Line 16 of Form 500) was \$0 (zero). Your tax liability is the amount on Line 4 (or Line 16) and you filed a prior year income tax return; therefore you **qualify** to claim exempt.

- b) Check the second box if you are not subject to Georgia withholding and meet the conditions set forth under the Servicemembers Civil Relief Act. Under the Act, a spouse of a servicemember may be exempt from Georgia income tax on income from services performed in Georgia if:
  - 1. The servicemember is present in Georgia in compliance with military orders;
  - 2. The spouse is in Georgia solely to be with the servicemember;
  - 3. The servicemember maintains domicile in another state; and
  - 4. The domicile of the spouse is the same as the domicile of the servicemember or the spouse of the servicemember has elected to use the same residence for purposes of taxation as the servicemember.

Additional information for employers regarding the Military Spouses Residency Relief Act:

- 1. On the W-2 the employer should not report any of the wages as Georgia wages.
- 2. If the spouse of a servicemember is entitled to the protection of the Military Spouses Residency Relief Act in another state and files a withholding exemption form in such other state, the spouse is required to submit a Georgia Form G-4 so that withholding will occur as is required by Georgia Law when a Georgia domiciliary works in another state and withholding is not required by such other state. If the spouse does not fill out the form, the employer shall withhold Georgia income tax as if the spouse is single with zero allowances.

**Worksheet for calculating additional allowances.** Enter the information as requested by each line. For Line 2D, enter items such as Retirement Income Exclusion, U.S. Obligations, and other allowable deductions per Georgia Law, see the IT-511 booklet for more information.

**Do not complete Lines 3-7 if claiming exempt.**

**O.C.G.A. § 48-7-102** requires you to complete and submit Form G-4 to your employer in order to have tax withheld from your wages. By correctly completing this form, you can adjust the amount of tax withheld to meet your tax liability. Failure to submit a properly completed Form G-4 will result in your employer withholding tax as though you are single with zero allowances.

Employers are required to mail any Form G-4 claiming more than 14 allowances or exempt from withholding to the Georgia Department of Revenue. Employers should honor the properly completed form as submitted unless otherwise notified by the Department. Such forms remain in effect until changed or until February 15 of the following year. Employers who know that a G-4 is erroneous should not honor the form and should withhold as if the employee is single claiming zero allowances until a corrected form has been received.

**SWEATSHIRT/JACKET/HAT/HOODY ORDER FORM**

NAME \_\_\_\_\_ EMPLOYEE # \_\_\_\_\_ PHONE # \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

SHORT SLEEVE(S) \_\_\_\_\_ STYLE \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_ TOTAL COST \_\_\_\_\_

SWEATSHIRT(S) \_\_\_\_\_ HOODY(S) \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_ TOTAL COST \_\_\_\_\_

FLEECE JACKET(S) \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_ TOTAL COST \_\_\_\_\_

LONG SLEEVE SHIRT(S) \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_ TOTAL COST \_\_\_\_\_

HAT \_\_\_\_\_ TOTAL COST \_\_\_\_\_ WINDSHIRT(S) \_\_\_\_\_ SIZE \_\_\_\_\_ TOTAL COST \_\_\_\_\_

CHECK ENCLOSED \_\_\_\_\_ DEDUCT FROM PAYCHECK \_\_\_\_\_

SHORTSLEEVE SHIRTS - \$20.00 Available colors: Hunter Green, Black, Navy and Grey

SHORTSLEEVE DRYWEAVE - \$27 2xl - \$28 Available colors: Black, Kelly green, Forest green, Grey, Navy

SWEATSHIRTS Available colors: Black, Forest green, Kelly green, Athletic Heather Grey, Navy  
SMALL - X LARGE - \$19.00 - 2XL up - \$22.00

FLEECE JACKET SMALL -XLARGE \$31 - 2XL up \$34 Available colors: Black, Hunter green, Charcoal, Navy

HOODY - SMALL-X LARGE - \$29 - 2XL up \$32 Available colors: Black, Forest green, graphite heather grey, navy

LONGSLEEVE SHIRTS

Available colors: Black, Navy  
Hunter green, Heather Grey  
SMALL - X LARGE - \$26.00  
2XL up - \$28.00

RAMBO HATS

ONE SIZE FITS ALL - \$12

WINDSHIRTS

Available colors: Hunter green  
Black, Navy  
SMALL-4XL - \$27

MAIL OR FAX ORDER FORM TO: RAMBO NURSERY  
526 BUCHANAN HWY  
Dallas, GA. 30157  
Fax: 770-443-4630



Please print the I-9, W4, and appropriate State Withholding forms separately from the Rambo Nursery website.



# Employee's Withholding Tax Exemption Certificate

Every employee, on or before the date of commencement of employment, shall furnish his or her employer with a signed Alabama withholding exemption certificate relating to the number of withholding exemptions which he or she claims, which in no event shall exceed the number to which the employee is entitled. In the event the employee inflates the number of exemptions allowed by this Chapter on Form A4, the employee shall pay a penalty of five hundred dollars (\$500) for such action pursuant to Section 40-29-75.

## Part I – To be completed by the employee

EMPLOYEE NAME \_\_\_\_\_ EMPLOYEE SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_

STREET ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

### HOW TO CLAIM YOUR WITHHOLDING EXEMPTIONS

1. If you claim no personal exemption for yourself and wish to withhold at the highest rate, write the figure "0", sign and date Form A4 and file it with your employer. \_\_\_\_\_
2. If you are SINGLE or MARRIED FILING SEPARATELY, a \$1,500 personal exemption is allowed. Write the letter "S" if claiming the SINGLE exemption or "MS" if claiming the MARRIED FILING SEPARATELY exemption. \_\_\_\_\_
3. If you are MARRIED or SINGLE CLAIMING HEAD OF FAMILY, a \$3,000 personal exemption is allowed. Write the letter "M" if you are claiming an exemption for both yourself and your spouse or "H" if you are single with qualifying dependents and are claiming the HEAD OF FAMILY exemption. \_\_\_\_\_
4. Number of dependents (other than spouse) that you will provide more than one-half of the support for during the year. See *dependent qualification below*. \_\_\_\_\_
5. Additional amount, if any, you want deducted each pay period. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
6. **This line to be completed by your employer:** Total exemptions (example: employee claims "M" on line 3 and "2" on line 4. Employer should use column M-2 (married with 2 dependents) in the withholding tables). \_\_\_\_\_

Under penalties of perjury, I certify that I have examined this certificate and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Part II – To be completed by the employer

EMPLOYER NAME \_\_\_\_\_ EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER (EIN) \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

Employers are required to keep this certificate on file. If the employee is believed to have claimed more exemption than legally entitled or claims 8 or more dependent exemptions, the employer should contact the Department at the following address or phone number for verification: Alabama Department of Revenue, Withholding Tax Section, P.O. Box 327480, Montgomery, AL 36132-7480, by phone at (334) 242-1300, or by fax at (334) 242-0112. If the employee does not qualify for the exemptions claimed upon verification, the employer is required to withhold at the highest rate until the employee submits a corrected Form A4 reflecting the proper exemption they are entitled to claim.

**DEPENDENTS:** To qualify as your dependent (Line 4 above), a person must receive more than one-half of his or her support from you for the year and must be related to you as follows:

- Your son or daughter (including legally adopted children), grandchild, stepson, stepdaughter, son-in-law, or daughter-in-law;
- Your father, mother, grandparent, stepfather, stepmother, father-in-law, or mother-in-law;
- Your brother, sister, stepbrother, stepsister, half-brother, half-sister, brother-in-law, or sister-in-law;
- Your uncle, aunt, nephew, or niece (but only if related by blood).



Mississippi Department of Revenue  
P.O. Box 960  
Jackson, MS 39205

# MISSISSIPPI EMPLOYEE'S WITHHOLDING EXEMPTION CERTIFICATE

Employee's Name \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Employee's Residence Address \_\_\_\_\_  
Number and Street City or Town State Zip Code

## CLAIM YOUR WITHHOLDING PERSONAL EXEMPTION

	Marital Status	Personal Exemption Allowed	Amount Claimed
<b>EMPLOYEE:</b> File this form with your employer. Otherwise, you must withhold Mississippi income tax from the full amount of your wages.	1. Single	<input type="checkbox"/> Enter \$6,000 as exemption . . . . ▶	\$
	2. Marital Status (Check One)	(a) <input type="checkbox"/> Spouse NOT employed: Enter \$12,000 . . . ▶	\$
		(b) <input type="checkbox"/> Spouse IS employed: Enter that part of \$12,000 claimed by you in multiples of \$500. See instructions 2(b) below. ▶ . . . .	\$
3. Head of Family	<input type="checkbox"/> Enter \$9,500 as exemption. To qualify as head of family, you must be single and have a dependent living in the home with you. See instructions 2(c) and 2(d) below . . . . ▶ . . . .	\$	
<b>EMPLOYER:</b> Keep this certificate with your records. If the employee is believed to have claimed excess exemption, the Department of Revenue should be advised.	4. Dependents <small>Number Claimed</small>	You may claim \$1,500 for each dependent*, other than for taxpayer and spouse, who receives chief support from you and who qualifies as a dependent for Federal income tax purposes.  * A head of family may claim \$1,500 for each dependent <b>excluding</b> the one which qualifies you as head of family. Multiply number of dependents	\$
	5. Age and Blindness	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age 65 or older <input type="checkbox"/> Husband <input type="checkbox"/> Wife <input type="checkbox"/> Single</li> <li>Blind <input type="checkbox"/> Husband <input type="checkbox"/> Wife <input type="checkbox"/> Single</li> </ul> Multiply the number of blocks checked by \$1,500. Enter the amount claimed. . . . ▶ * Note: No exemption allowed for age or blindness for dependents.	\$
	6. TOTAL AMOUNT OF EXEMPTION CLAIMED - Lines 1 through 5 . . . . ▶		\$
	7. Additional dollar amount of withholding per pay period if agreed to by your employer . . . . ▶		\$
	8. If you meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act, and have no Mississippi tax liability, write "Exempt" on Line 8. You must attach a copy of the Federal Form DD-2058 and a copy of your Military Spouse ID Card to this form		

I declare under the penalties imposed for filing false reports that the amount of exemption claimed on this certificate does not exceed the amount to which I am entitled or I am entitled to claim exempt status.

Employee's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIONS

- The personal exemptions allowed:**

(a) Single Individuals	\$6,000	(d) Dependents	\$1,500
(b) Married Individuals (Jointly)	\$12,000	(e) Age 65 and Over	\$1,500
(c) Head of family	\$9,500	(f) Blindness	\$1,500
- Claiming personal exemptions:**
  - Single individuals enter \$6,000 on Line 1.
  - Married individuals are allowed a joint exemption of \$12,000.  
If the spouse is not employed, enter \$12,000 on Line 2(a). If the spouse is employed, the exemption of \$12,000 may be divided between taxpayer and spouse in any manner they choose - in multiples of \$500. For example, the taxpayer may claim \$6,500 and the spouse claims \$5,500; or the taxpayer may claim \$8,000 and the spouse claims \$4,000. The total claimed by the taxpayer and spouse may not exceed \$12,000. Enter amount claimed by you on Line 2(b).
  - Head of Family  
A head of family is a single individual who maintains a home which is the principal place of abode for himself and at least one other dependent. Single individuals qualifying as a head of family enter \$9,500 on Line 3. If the taxpayer has more than one dependent, additional exemptions are applicable. See item (d).
  - An additional exemption of \$1,500 may generally be claimed for each dependent of the taxpayer. A dependent is any relative who receives chief support from the taxpayer and who qualifies as a dependent for Federal income tax purposes. Head of family individuals may claim an additional exemption for each dependent **excluding** the one which is required for head of family status. For example, a head of family taxpayer has 2 dependent children and his dependent mother living with him. The taxpayer may claim 2 additional exemptions. Married or single individuals may claim an additional exemption for each dependent, but **should not** include themselves or their spouse. Married taxpayers may divide the number of their dependents between them in any manner they choose; for example, a married couple has 3 children who qualify as dependents. The taxpayer may claim 2 dependents and the spouse 1, or the taxpayer may claim 3 dependents and the spouse none. Enter the amount of dependent exemption on Line 4.
  - An additional exemption of \$1,500 may be claimed by either taxpayer or spouse or both if either or both have reached the age of 65 before the close of the taxable year. No additional exemption is authorized for dependents by reason of age. Check applicable blocks on Line 5.
  - An additional exemption of \$1,500 may be claimed by either taxpayer or spouse or both if either or both are blind. No additional exemption is authorized for dependents by reason of blindness. Check applicable blocks on Line 5. Multiply number of blocks checked on Line 5 by \$1,500 and enter amount of exemption claimed.
- Total Exemption Claimed:**  
Add the amount of exemptions claimed in each category and enter the total on Line 6. This amount will be used as a basis for withholding income tax under the appropriate withholding tables.
- A NEW EXEMPTION CERTIFICATE MUST BE FILED WITH YOUR EMPLOYER WITHIN**
- PENALTIES ARE IMPOSED FOR WILLFULLY SUPPLYING FALSE INFORMATION**
- IF THE EMPLOYEE FAILS TO FILE AN EXEMPTION CERTIFICATE WITH HIS EMPLOYER, INCOME TAX MUST BE WITHHELD BY THE EMPLOYER ON TOTAL**
- To comply with the Military Spouse Residency Relief Act (PL111-97) signed into law