



Estimado Solicitante:

Gracias por su interés en ser un Trabajador de Respiro para nuestras familias. Si tiene alguna pregunta referente al proceso de aplicación, llámenos al (805) 384-0983 ext. 0.

Si ha sido referido específicamente para trabajar con una familia, debe someter toda la siguiente información al mismo tiempo. Por favor note que toda persona que aplica para los programas de Respiro Elevado y de Crianza/Parentesco debe de estar disponibles para trabajar con más de una familia.

Por favor marque las formas como las vaya completando y artículos requeridos como los vaya sometiendo. Mantenga esta carta como recordatorio propio de las formas que ha sometido.

- Aplicación de Trabajador de Respiro
- Recibo de las Descripciones de Trabajo y Reconocimiento de los Requerimientos de la Posición
- Autorización de Antecedentes Personales y Legales
- Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro
- W-4 Certificado de Exención de la Retención del Empleado (*para los impuestos*)
- Forma I-9 Verificación de Elegibilidad para Empleo **más dos formas de documentos no vencidos, como descrita en la LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES** de la forma I9 [uno de la lista A o dos (uno de la lista B y uno de la lista C)]
- Exención de Padre/Guardián (*Requerido específicamente si la familia lo está refiriendo para ayudarle*)
- Copia de sus tarjetas de RCP y Primeros Auxilios (cursos en línea no son considerados)
- Copia de Licencia de Manejo y Tarjeta de Seguro de Auto valida con su nombre asignado en la Póliza (*si planea reclamar reembolso de millaje*)

Si esta aplicando para el programa de Respiro de Crianza y Parentesco, las siguientes formas también son requeridas antes de ser empleado. CISS le proveerá las formas y todo costo será pagado por CISS o el Condado de Ventura.

- Declaración de Record Criminal
- Acuerdo de Confidencialidad del Empleado
- Copia de su certificado de conformidad de TB (*dentro los últimos 12 meses si trabaja en el programa de Respiro de Crianza/Parentesco*)
- Forma del Condado de Ventura para huellas digitales a través de Live Scan

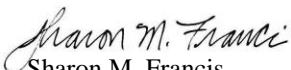
Por Favor Note: Si está aplicando para trabajar con múltiples familias, la Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro, Autorización de Antecedentes Personales y Legales, W4 y I9 son requeridas después de una oferta de empleo. Las puede someter ahora, pero no son necesarias inicialmente hasta que una oferta de emplea ha sido ofrecida.

Todos los Trabajadores de Respiro deben tener certificación de entrenamiento de RCP y Primeros Auxilios. Entrenamiento gratuito es ofrecido a todos los empleados y tendrá treinta (30) días para completar este entrenamiento de mandato estatal al ser empleado; pero el entrenamiento es requerido antes de empleo en el programa de Respiro de Crianza/Parentesco.

Sueldo:	\$15.00/hora	Respiro Tradicional + Reembolso de millaje para empleados elegibles
	\$17.00/hora	Cuidado de hermanos autorizado
	\$15.00/hora	Si es contratado en el Programa de Crianza/Parentesco
	\$16.00/hora	Si es empleado en el Programa de Respiro Elevado- descripción de trabajo separado)
	\$15.00/hora	Para eventos de cuidado en grupo de niños

El contenido de todas las formas de empleo es CONFIDENCIAL y no será compartida con familias o personal de CISS que no es parte del personal de administración. ¡Esperamos que usted pueda ser parte del Equipo de Channel Islands! Felicidades en tomar el primer pasó en hacer una diferencia en la vida de nuestras familias locales.

Sinceramente,


Sharon M. Francis
Directora Ejecutiva



Aplicación de Trabajador de Respirio

CISS es un empleador de igual oportunidad. El contenido de esta forma es **confidencial** y debe de ser contestado honestamente y completamente bajo pena de perjurio. El falsificar cualquier información contenida en esta aplicación servirá para negación de trabajo o terminación inmediata de empleo.

A. Información de Contacto

Nombre Legal del Solicitante: _____ Apodo: _____

Yo estoy aplicando para los siguientes programas de respirio: Necesidades Especiales Crianza Elevado/Comportamiento

¿Bilingüe? Si No ¿Si es, que lenguaje? _____

Teléfono de Hogar: (____) _____ **Teléfono Celular:** (____) _____ Teléfono Principal= Hogar Celular

Domicilio de Hogar: _____

Si el domicilio de correo es diferente, por favor marque: _____

Correo Electrónico: _____

*CA Licencia de Manejo/ID # _____ ** ¿Tiene seguro de vehículo? Si No

**(Todos los trabajadores deben poder manejar como condición de empleo, a menos que una familia ha pedido que le empleamos específicamente para trabajar con ellos)*

*** (Seguro de automóvil con el nombre del empleado es requerido para reclamar reembolso de millaje al tiempo de ser empleado)*

Enumere los nombres de los condados y estados en los que ha vivido en los ultimos 7 años:

¿Como se entero de CISS? ¿Quien lo refirio? _____

¿Si fue referido por una persona, es una familia que recibe nuestros servicios empleado actual?

B. Historial de Empleo:

Por favor escriba la información sobre sus previos 10 años de empleo (continué en un papel separado si es necesario)

Fecha de Comienzo	Fecha de Termino	Nombre de Empleador Y Posición	Medio Tiempo o Tiempo Completo	Nombre del Supervisor y Telefono

C. Entrenamiento y Experiencia Relacionada al Trabajo (agregue hojas si es necesario):

Fecha(s)	Entreneador/Empleador	Descripcion del Entrnamiento

¿Actualmente tiene certificacion de Primeros Auxilios y RCP? Si No *(Preguntenos sobre nuestras clases GRATUITAS para empleados)*

Todavía tiene la tarjeta? Si No, pero las puedo obtener

Yo soy (por favor marque todo lo aplicable): Padre de Crianza con Licencia Proveedor de Cuidado de Niños con Licencia

Pagina 2 Aplicación de Trabajador de Respiro Channel Islands Social Services

Nombre del Solicitante: _____

CISS es un empleador de igual oportunidad. El contenido de esta forma es **confidencial** y debe de ser contestado honestamente y completamente bajo pena de perjurio. El falsificar cualquier información contenida en esta aplicación servirá para negación de trabajo o terminación inmediata de empleo.

D. Referencias (por lo menos 2 profesionales) – no enumere parientes:

Nombre Y Numero de Teléfono	Ciudad y Estado	Describe Su Relación
Nombre: Teléfono ()		
Nombre: Teléfono ()		
Nombre: Teléfono ()		

E. Revelación de Record Criminal:

Nota: Debido a la naturaleza de trabajo realizado por Channel Islands Social Services, CISS no puede emplear individuos con **ciertos** convicciones penales o enfermedades contagiosas. CISS tiene la póliza de proteger a las familias y individuos vulnerables que servimos al no permitir empleo en la posición de Trabajador de Respiro, para individuos que tienen ciertas enfermedades contagiosas o han sido declarados culpables de crímenes menores o felonías incluyendo pero no limitados a los siguientes: Crimen de violencia o sexuales en naturaleza, crimen de abuso y negligencia, daño de propiedad, crimen de fiduciario (ejemplo: fraude, robar, malversar dinero...), posesión de drogas ilegales y/o conducir bajo la influencia de bebidas alcohólicas (DUI.). Si soy empleado, estoy de acuerdo en reportar inmediatamente a CISS de cualquier futura convicción de crimen o enfermedad contagiosa, y entiendo que puede ser causa de terminación inmediata de empleo.

¿Actualmente está libre de toda enfermedad contagiosa o infecciosa? Si No

(Nota: Certificado de conformidad de tuberculosis es requerido para empleo en el Programa de Respiro de Crianza)

F. Fiabilidad, **Disposición “At Will,”** y Reportar Disponibilidad:

Si soy contratado, entiendo que horas de trabajo no son garantizadas y que yo me comunicaran directamente con las familias con las cuales he acordado trabajar. Si no puedo reportarme a mi turno, yo debo de comunicarme con la familia inmediatamente. Yo también entiendo que para continuar empleo, necesito someter una hoja de pago cada periodo de pago o por lo menos cada quince (15) días y ser flexible e fiable con las familias que me escogieron como su trabajador. Faltas repetidas a su turno de trabajo solicitado pueda ser razón de terminación de empleo. Todo empleo será a disposición de “At Will” y cualquiera de los dos (CISS o empleado) puede terminar el acuerdo de empleo en cualquier momento y sin ninguna dicha razón. Empleados deben de reportar su disponibilidad y pedido para trabajo adicional de manera oportuna a la oficina.

G. Acuerdo de Calificaciones Para Trabajador de Respiro:

He recibido la descripción de trabajo por escrito y una copia de los requisitos descritos en regulación para Trabajadores de Respiro en Casa [CCR17 §56792(e)]. Entiendo que, si soy contratado, tengo que reunir los requisitos y calificaciones mínimas como explicadas para obtener y retener empleo.

He llenado esta aplicación honestamente. Si contratado, estoy de acuerdo con las condiciones de empleo que están declaradas aquí.

Firma del Solicitante para Trabajador de Respiro

Fecha



Descripción de Trabajador de Respirio

Calificaciones Mínimas:

- a. Tiene experiencia proveyendo cuidado en casa para individuos con necesidades especiales o niños en cuidado de crianza
- b. Reúne los requisitos estándares de elegibilidad para trabajar en los Estados Unidos. (Nota: Debe de tener por lo menos 18 años para trabajar en el Programa de Respirio de Crianza/Parentesco)
- c. Mantiene un record criminal limpio en el registro nacional de archivo de criminal adulto y registro criminal de archivo menor en el condado (incluye no tener convicciones de manejo bajo la influencia del alcohol en los últimos 5 años), con ningún antecedente penal de convicción de crimen de violencia, sexual, malvercion de dinero, manejando imprudentemente, o condenas de posesión de drogas ilegales en naturaleza.
- d. Provee por lo menos una referencia positiva profesional y una referencia positiva no personal
- e. Sostiene entrenamiento de (RCP) Resucitación de Cardio Pulmonar y Primeros Auxilios actualizado (clases en línea no son válidos)
- f. Es libre de todas enfermedades contagiosas. Al tiempo de aplicar demuestra certificado de conformidad de TB si está aplicando para el programa de Respirio de Crianza/Parentesco. CISS pagara por la prueba de tuberculosis.
- g. Mantiene los requisitos de entrenamiento necesarios para todas posiciones
- h. Con seguridad puede levantar 50 libras y está físicamente capacitado para realizar las tareas asociadas con cada asignación aceptada
- i. Tiene que tener licencia válida de conducir y mantener seguro de automóvil cobertura mínima de responsabilidad de \$100,000/\$300,000 nombrando al empleado en la póliza si va a someter cobro para millaje. (Nota: La póliza de la compañía prohíbe a menores de 21 años transportar a individuos en su cuidado)
Empleados en el programa de Crianza/Parentesco están requeridos a mantener un seguro de automóvil con cobertura mínima de responsabilidad de \$100,000/\$300,000 cuando comienzan su empleo.

Obligaciones de Trabajo:

Empleados son responsables por el cuidado directo del individuo(s) que vive con su familia/guardián. El empleado tiene que trabajar en colaboración con la familia para citar horas de respirio que no tienen al empleado trabajando más de 40 horas/semana en total y que no exceden las horas autorizadas para cada familia. Las horas de trabajo no son garantizadas. El empleado es responsable en regularmente ponerse en contacto con CISS por escrito para reportar su disponibilidad para empleo adicional. El Trabajador de Respirio debe de estar disponible para trabajar horas solicitadas cuando suficiente aviso ha sido proveído. Cancelaciones frecuentes o falta de disponibilidad para ayudar a una familia deben ser reportadas a CISS y pueden ser causa de terminación de empleo.

El Trabajador de Respirio esta de acuerdo en seguir las pólizas y procedimientos de CISS, y mantendrá a los individuos bajo su cuidado seguros y en buena salud en todo tiempo. El apoyo dado al individuo puede incluir, pero no es limitado a deberes de Cuidado en el Hogar Domestico o Ayudante Personal tal como: juegos sociales, asistencia con tarea, preparación de comida, ayuda con higiene personal y ayuda de cuidado personal (pueda incluir uso de baño y ayuda en cambio de pañal), supervisión de medicamento auto administrado, integración en la comunidad, facilitación social, implementación de programas positivos de comportamiento, y actuar como compañero. Los Trabajadores no realizan cuidado médico regularmente.

Otras responsabilidades del Trabajador de Respirio incluyen pero no son limitadas a los siguiente: notar cambios observados con o relacionados al individuo recibiendo servicios en su ambiente; reportar oportunamente cualquier preocupación o lesión a la administración de CISS (reporte por escrito puede ser necesario); mantener confidencialidad de acuerdo con la póliza de CISS; y someter hojas de pago con exactitud y a tiempo, pero no más tarde de quince días (15) después de llevar a cabo el trabajo de Respirio.

Horas de Trabajo: La posición es de medio tiempo (part-time), hora variable, no exentó.

Reportes Directo: Ninguno. Se reporta al CEO o su personal designado

Firma del Solicitante para Trabajador de Respirio

Fecha



AUTORIZACIÓN de ANTECEDENTES PERSONALES y LEGALES

(Someta esta forma después que empleo haya sido ofrecido)

Yo doy autorización a Channel Islands Social Services o su agente CLEARSTAR CORPORATION, a que completen una investigación personal para determinar cualquiera y toda información relacionada a mis antecedentes, si los antecedentes son iguales o no, y también libero al empleador y personas nombradas en mi aplicación de toda responsabilidad por cualquier daño resultado al él/ella haber proporcionado dicha información.

Adicionalmente, yo doy autorización a toda investigación de mi historia personal, incluyendo pero no limitada a mi historia de crédito, historia de manejo, educación, registro militar, antecedentes militares y yo también autorizo a empleadores previos y todas referencias proveídas por mi o que surgieren como parte de la investigación a que hagan publico la información sobre mi rendimiento, integridad, carácter general, y cualquier otra información solicitada. Yo autorizo la liberación de esta información por parte de las agencias apropiadas a los servicios de investigación. Yo entiendo que esto puede incluir un reclamo de compensación al trabajador después de que una oferta condicional de trabajo ha sido hecha. Yo también entiendo que puedo ser requerido a tomar una prueba de narcóticos para detectar el uso de drogas antes o durante mi empleo.

Esta autorización en su forma original o copia será valida para esta y cualquier reporte en el futuro e información al corriente que puede ser solicitada. Si desea una copia de sus resultados, marque aquí

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre Completo: _____ SSN: _____ - _____ - _____

Otros Nombres usados o SSN Usados: _____

Dirección Actual: _____ Apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Numero de Licencia de Manejo: _____ Estado: _____ *FDN: ____/____/____

**Fecha de nacimiento es opcional y usada solamente para el propósito de identificación en investigaciones*

LI STE TODOS SUS DOMI CI LOS EN LOS ULTIMOS 7 AÑOS: (marque aquí si hay más en el reverso)

Domicilio Ciudad Estado Código Postal Fechas: _____ - _____
de a

Domicilio Ciudad Estado Código Postal Fechas: _____ - _____
de a

Podemos Contactarnos con su Empleador Actual? SI NO

Ha sido declarado culpable de cualquier ofensa criminal? SI NO

Esto incluye pero no es limitado a declaración de culpa, nollo contendere, no contesta, adjudicación no dada, y programas de intervención antes de juicio. Si la respuesta es si, de los detalles incluyendo la fecha, cargo, condado y disposición al reverso.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

For Channel Island Social Services Office Use ONLY Date Submitted to ClearStar: _____ All Clear On: _____

Residence Trace with Volunteer Search

Ventura County Courts Record Search NO Record Only Minor Traffic Citations RECORDS FOUND! FOLLOWUP NEEDED

County Felony Search in the following counties: _____

Sent for DOJ Livescan on: _____ Verified Clear DOJ on: _____ With VC H.S.A. Online



Preferencias del Trabajador de Respiro

(Someta esta forma después que empleo haya sido ofrecido y anualmente)

CISS cree en conectar a las familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro calificado para obtener el más alto grado de compatibilidad y éxito para el programa de respiro en casa. Por favor complete y actualice la siguiente información por lo menos anualmente.

A. Información de Contacto

Nombre de Trabajador del Respiro: _____ Fecha: _____

Bilingüe? Si: _____ No Ciudad Local: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Primario Celular: (____) _____ Primario

Correo Electrónico: _____

B. Disponibilidad General Yo prefiero proveer respiro a: Necesidades Especiales Crianza Elevado

Si desea trabajar con una familia específica, por favor marque el nombre del niño/a: _____

(Por favor note, si los servicios de la familia terminan, usted debe llamar a la oficina para trabajo adicional. El rechazar trabajo de CISS puede resultar en la posibilidad de negación de beneficios de desempleo)

Por favor escriba en cada día de la semana, las horas que usted esta generalmente disponible en dar servicios de respiro:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A							
M							
P							
M							

Dispuesto a trabajar sobré la noche? Si No A lo Mejor Dispuesto a trabajar días de fiesta? Si No A lo Mejor

Edades con las cuales estoy interesado en trabajar: Cualquier edad 0-5 5-12 12-22 Adultos Ancianos

Por favor marque el nivel de cuidado personal que esta dispuesto a proveer a las edades marcadas:

Cambiar pañales Asistir en el baño Bañar en la tina Bañar con regadera Ninguna ayuda

Ayuda a: Mujeres Hombres

C. Ciudades Y Preferencias

Por favor marque las cajas de las ciudades en donde usted esta disponible para dar servicios de respiro en casa:

1. TODO Condado del Este

- Simi Valley
- Moorpark
- Newbury Park
- Thousand Oaks
- Westlake/Oak Park/Agoura

2. TODO Condado Central

- Camarillo/Somis
- North Oxnard
- South Oxnard/ Port Hueneme

3. TODO Condado Oeste y Interior

- Ventura
- Ojai
- Santa Paula
- Fillmore/Piru

D. Experiencia con Incapacidades

Yo tengo experiencia apoyando a niños o adultos con las siguientes condiciones:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro de Autismo | <input type="checkbox"/> * Síndrome de Asperger's | <input type="checkbox"/> *Abuso/Negligencia/PTSD (circule cual) |
| <input type="checkbox"/> Limitaciones de Comunicación ("no verbal") | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> *No-Ambulante (silla de ruedas) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual- Leve a Moderado | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Incontinencia (no usa pañales) |
| <input type="checkbox"/> *Discapacidad Intelectual- Moderado a Severo | <input type="checkbox"/> SDA/TDAH | <input type="checkbox"/> *Incontinencia (usa pañales) |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento – Leve a Moderado | <input type="checkbox"/> *Trastorno Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> *Diabetes/ Dieta Especial |
| <input type="checkbox"/> *Dificultades de Comportamiento- Moderado/ Severo | <input type="checkbox"/> *Convulsiones (infrecuente) | <input type="checkbox"/> *PICA (come objetos no comibles) |
| <input type="checkbox"/> *Caso Medico - Leve (medicamento solamente) | <input type="checkbox"/> *Convulsiones (frecuente) | <input type="checkbox"/> Impedimento de Audición/Sordo |
| <input type="checkbox"/> *Caso Medico - Moderado (cambiar gasas y medicina) | <input type="checkbox"/> *Prader Willi | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/Ciego |
| <input type="checkbox"/> *Caso Medico - Severo (Cuidado de tubo de nutrición y/o inyecciones de insulina – puede requerir enfermera) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

**Requiere entrenamiento más extensivo de los padres, que la orientación típica, antes de trabajar con su hijo/a*

Pagina 2 de la Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro para Channel Islands Social Services

E. Información de Emergencia del Trabajador de Respiro

La salud y seguridad de nuestros empleados son muy importantes para nosotros. Por favor llene esta sección y asegure que cada familia a la que ayuda tenga esta información por si algo pasa mientras esta en su hogar. Si no podemos comunicarnos con usted dentro de cuarenta y ocho horas (48), nosotros posiblemente nos comunicaremos con estos individuos.

Contacto de Emergencia	Relación	Número de Teléfono

Alergias: _____

Requiere Epi-Pen (Mantenga fuera del alcance de los niños en su cuidado)

F. Limitaciones Físicas

** Ponga atención que en la sección (f) de la descripción del trabajo requiere que tenga la habilidad de levantar un mínimo de 50 libras con seguridad.*

Limitaciones físicas relacionadas al trabajo No Si (Una caja debe de ser marcada)

No puedo subir escaleras

No puedo correr detrás de niños activos

Por orden del doctor, no puedo levantar mas de ____ libras (debe incluir una nota médica)

Si marco SI, desciba su limitación y posibles acomodaciones que se pueden hacer:

G. Ambiente de Hogar Preferido (opcional)

Prefiero hogar en el cual nadie fuma

Prefiero no animales en el hogar porque tengo alergias

He llenado la información de arriba honestamente y daré información corriente a CISS como sea apropiado. Entiendo que es me responsabilidad de dar mi información de emergencia a cada familia al tiempo en el cual provee servicios.

Firma del Solicitante para Trabajador de Respiro

Fecha

*Por favor regrese esta forma completada a la oficina de CISS en cuanto usted reciba una oferta de empleo.
Si usted decide someter esta forma antes que se le ofrezca empleo, usted lo esta haciendo por su voluntad y reconoce que CISS no le usa para dar empleo.*

Formulario W-4(SP) (2017)

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

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

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

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

- Tiene 65 años de edad o más,
- Está ciego o
- Reclamará ajustes a sus ingresos, créditos tributarios o deducciones detalladas en su declaración de impuestos.

Las excepciones no se aplican a salarios suplementarios mayores que \$1,000,000.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A	Anote "1" para usted mismo si nadie más lo puede reclamar como dependiente	A	
B	Anote "1" si: <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Es soltero y tiene sólo un empleo; o • Es casado, tiene sólo un empleo y su cónyuge no trabaja; o • Su sueldo o salario de un segundo empleo o el de su cónyuge (o el total de ambos) es \$1,500 o menos. </div>	B	
C	Anote "1" para su cónyuge. Pero, puede optar por anotar "-0-" si es casado y tiene un cónyuge que trabaja o si tiene más de un empleo. (El anotar "-0-" puede ayudarlo a evitar que le retengan una cantidad de impuestos demasiado baja)	C	
D	Anote el número de dependientes (que no sean su cónyuge o usted mismo) que reclamará en su declaración de impuestos	D	
E	Anote "1" si presentará su declaración de impuestos como cabeza de familia (vea las condiciones bajo Cabeza de familia , anteriormente)	E	
F	Anote "1" si tiene por lo menos \$2,000 en gastos de cuidado de hijos o dependientes por los cuales piensa reclamar un crédito	F	
G	Crédito tributario por hijos (incluyendo el crédito tributario adicional por hijos). Vea la Publicación 972, <i>Child Tax Credit</i> (Crédito tributario por hijos), en inglés, para más información. <ul style="list-style-type: none"> • Si sus ingresos totales serán menos de \$70,000 (\$100,000 si es casado), anote "2" para cada hijo que reúne los requisitos; entonces menos "1" si tiene dos a cuatro hijos que reúnen los requisitos o menos "2" si tiene cinco o más hijos que reúnen los requisitos. • Si sus ingresos totales serán entre \$70,000 y \$84,000 (\$100,000 y \$119,000 si es casado), anote "1" para cada hijo que reúne los requisitos 	G	
H	Suma las líneas A a G , inclusive, y anote el total aquí. (Nota: Esto puede ser distinto del número de exenciones que usted reclame en su declaración de impuestos)	H	
	Para que sea lo más exacto posible, complete todas las hojas de trabajo que le correspondan. <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Si piensa detallar sus deducciones o reclamar ajustes a sus ingresos y desea reducir su impuesto retenido, vea la Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes, en la página 2. • Si es soltero y tiene más de un empleo o es casado y usted y su cónyuge trabajan y sus remuneraciones combinadas de todos los empleos exceden de \$50,000 (\$20,000 si es casado), vea la Hoja de Trabajo para Dos Asalariados o Múltiples Empleos en la página 2 a fin de evitar la retención insuficiente de los impuestos. • Si ninguna de las condiciones anteriores le corresponde, deténgase aquí y anote en la línea 5 del Formulario W-4(SP), a continuación, la cantidad de la línea H. </div>		

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

Formulario W-4(SP) Department of the Treasury Internal Revenue Service	<h2>Certificado de Exención de Retenciones del Empleado</h2> <p>► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.</p>	OMB No. 1545-0074 <h1 style="font-size: 2em;">2017</h1>
1 Su primer nombre e inicial del segundo		Apellido
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		2 Su número de Seguro Social
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero".
5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H , arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2)		5 <input style="width: 40px;" type="text"/>
6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago		6 \$ <input style="width: 40px;" type="text"/>
7 Reclamo exención de la retención para 2017 y certifico que cumpla con ambas condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí		7 <input style="width: 40px;" type="text"/>
Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). ►		Fecha ►
8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS).		9 Código de oficina (opcional)
		10 Número de identificación del empleador (EIN)

CHANNEL ISLANDS SOCIAL SERVICES-5251 Verdugo Way, Ste. G, Camarillo, CA 93012

Hoja de Trabajo para Deducciones y Ajustes

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

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

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

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

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

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

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

que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de Inteligencia para combatir el terrorismo.
 Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.
 El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.
 Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.



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

► **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 un individuo porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

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

Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado
Código Postal		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE.UU	Dirección de correo electrónico del empleado	
Número de Teléfono del Empleado						

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

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

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

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

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

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

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

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





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

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 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;"> Información Adicional </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio </div>
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

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

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

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado HR MANAGER		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado ARNDT	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado CINDY	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador CHANNEL ISLANDS SOCIAL SERVICES		
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) 5251 VERDUGO SUITE G	Ciudad o Pueblo CAMARILLO	Estado CA	Código Postal 93012	

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

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

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

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

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

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

LISTAS DE DOCUMENTOS ACCEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

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

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

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en la Parte 8 del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.



Exención de Padres/Guardián en Designación de Trabajador de Respiro

Yo _____, soy padre o guardián/padre de crianza de
(Imprima su nombre)

_____, quien recibe servicios pagados por Centro Regional
(Imprima nombre del niño/a)

Crianza/Parentesco del Condado. Por este medio designo _____
(Nombre de Trabajador de Respiro)

para proveer servicios de respiro en el hogar para mi familia. Yo creo que esta persona es de buen carácter moral, y lo/la conozco personalmente por _____ años como _____.
(numero) (Relación: amiga/o, vecino, pariente)

La determinación en designar este Trabajador de Respiro es mi **responsabilidad única**, a base de mi conocimiento personal y relación con esta persona y **Yo renuncio a todos los reclamos** y/o acciones contra Channel Islands Social Services (CISS) por mi decisión. Yo entiendo que si CISS descubre que este trabajador tiene un expediente criminal o no es elegible para empleo en los Estados Unidos, o de acuerdo con las pólizas de la agencia, que CISS puede escoger de no darle empleo a este trabajador y que tal descubrimiento será mantenido confidencial y será compartido solamente con el trabajador de respiro directamente.

Nosotros, los padres o guardián y el Trabajador de Respiro designado, hemos recibido una copia de la descripción de trabajo y reglamentos conocidos como CCR Titulo 17, Sección 56792(e) y el Trabajador de Respiro como se describe en esta exención tiene las mínimas calificaciones y escribo mis iniciales como testigo:

Solo si es revocado, esta exención se mantendrá en efectivo durante el servicio autorizado para el respiro de mi familia suministrado por Channel Islands Social Services.

(Firma del Padre/Guardián)

(Fecha)