



# Paquete para el empleado de servicio autodirigido y de participantes de NM

Este paquete tiene todos los formularios que se necesitan para inscribirse como empleado y para empezar a trabajar a su participante/miembro. Por favor, sigue todas las instrucciones de este paquete. Sólo se pagará por los servicios cuando se hayan completado todos los formularios. Conduent verifica toda la información, las verificaciones de antecedentes penales y lo autoriza para ser contratado, y el empleador te notificará que se encuentra listo para comenzar a trabajar.

Es necesario completar y devolver:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información del empleado                              | <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta del seguro social              |
| <input type="checkbox"/> Formulario de información y calificación del empleado | <input type="checkbox"/> Hoja de trabajo de información de la nómina        |
| <input type="checkbox"/> Contrato del empleado                                 | <input type="checkbox"/> Formulario W-4 del IRS                             |
| <input type="checkbox"/> Formulario de declaración                             | <input type="checkbox"/> W-4 de Nuevo México (opcional)                     |
| <input type="checkbox"/> Apéndice de transporte del empleado (opcional)        | <input type="checkbox"/> Formulario de selección de pago y depósito directo |
| <input type="checkbox"/> Formulario I-9 del CIS de los Estados Unidos          | <input type="checkbox"/> Hoja de control de horas                           |
| <input type="checkbox"/> Documentación justificativa del I-9                   | <input type="checkbox"/> Hoja de millaje (kilometraje)                      |

Te recomendamos que utilices la lista de comprobación anterior como revisión final antes de devolver los formularios. El hecho de no devolver estos formularios retrasará la inscripción. *Nota: Para rellenar los formularios de este paquete en PDF en su ordenador antes de imprimirlos, completa primero el formulario de información del empleado y luego revisa el resto de los documentos para verificar que los datos se han insertado correctamente.* Todos los demás documentos, incluyendo la información sobre cómo completar los formularios, el calendario de pagos y los formularios instructivos similares, son sólo para fines informativos y no es necesario devolverlos. Envíe los formularios completados por fax, correo electrónico, correo postal o en persona a Conduent a una de las siguientes direcciones.

**Fax: 866.302.6787**

**Correo electrónico: [docprocessing@conduent.com](mailto:docprocessing@conduent.com)**

**Dirección:  
1720-A Randolph Rd SE  
Albuquerque, NM 87106**

**Dirección postal:  
PO Box 27460  
Albuquerque, NM 87125-7460**

Si necesita ayuda durante este proceso, por favor póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente Consolidado (CCSC) llamando al 1.800.283.4465.

¡Esperamos poder servirle!

## **Preguntas frecuentes**

Palco atiende a las personas que participan en el modelo autodirigido (Self-Direction) proporcionándoles diversos servicios financieros, de asistencia al cliente y de información. A continuación encontrará las preguntas más frecuentes para ayudarte a entender nuestros procesos, sus requisitos y cómo recibir asistencia.

### **¿Cómo puedo rellenar los formularios si no puedo firmar?**

Te recomendamos que se inscriba en línea, ya que se producen muchas opciones accesibles. Sin embargo, si no puede utilizar el sistema en línea, puede firmar con una X o una marca y, a continuación, pedir a un testigo que firme el documento de forma legible en la línea situada encima de "atestiguado por".

### **¿Qué pasa si necesito ayuda para rellenar los formularios?**

La inscripción en línea es el método más sencillo para rellenar los formularios. Los agentes de atención al cliente pueden ayudarle a obtener las credenciales para inscribirse en línea o a rellenar los formularios de este paquete.

### **¿Cuándo puede el empleado empezar a trabajar?**

Conduent notificará al empleador por correo electrónico (o por teléfono si no se proporciona el correo electrónico) una vez que se hayan cumplido todos los requisitos para la inscripción. El empleador le notificará cuándo puede empezar a trabajar. Cualquier trabajo realizado antes de esa fecha no será pagado por el programa.

### **¿Puede un empleado trabajar a varios participantes/miembros?**

Sí. Sin embargo, el empleado debe respetar todas las normas del programa, especialmente las relativas a la superposición de solicitudes de pago de servicios.

### **¿Qué ocurre si un trabajador quiere trabajar para otra empresa?**

El trabajador puede trabajar para tantos empleadores como desee. Cada vez que empiece a trabajar para un nuevo empleador, deberá cumplimentar un nuevo paquete de empleado, al igual que para conseguir cualquier nuevo empleo. Sin embargo, se puede prescindir de algunos requisitos en función de las circunstancias, como la entrega de una copia de las tarjetas de la Seguridad Social o la documentación relacionada con la recepción de un depósito directo. Por lo general, la comprobación de antecedentes también se puede transferir, pero asegúrese de consultar las normas de su programa para cerciorarse de que comprende todos los requisitos.

### **¿Qué ocurre si un empleado deja de trabajar?**

Cada vez que un empleado deja de trabajar, se debe notificar a Conduent a través de un Aviso de separación del empleo, que se puede encontrar en nuestro sitio web. Incluso después de la terminación, los empleados deben mantener a Conduent al tanto de cualquier cambio en la información de contacto a lo largo del año, para poder enviar la correspondencia, como los W-2, a la dirección correcta.

### **¿Cómo afecta un cambio de empleador a los empleados existentes?**

Los empleados deben volver a rellenar algunos formularios de nueva contratación, como el I-9. Conduent le notificará los requisitos. Asegúrese de completar los formularios requeridos para que su salario no se vea afectado.



### **¿Puede alguien comunicarse con Conduent en mi nombre?**

Las leyes de privacidad federales y estatales impiden que Conduent divulgue información personal a personas no autorizadas. Conduent sólo mantendrá correspondencia con los empleados sobre la cuenta particular de ese empleado. Los empleadores pueden recibir toda la información sobre las cuentas del empleado y la información sobre el participante necesaria para llevar a cabo las funciones del empleador. Los empleadores tienen acceso ilimitado a la información de su cuenta.

### **¿Cómo se ingresan los formularios de control de horas?**

Las hojas de control de horas pueden ser enviadas en línea, por fax, por correo o por correo electrónico. Las instrucciones para la presentación en línea se proporcionarán una vez que se apruebe la inscripción. Para los programas de Exención de Mi Vía y Apoyos, las hojas de horas deben ser presentadas en línea. Una excepción a la presentación de hojas de control de horas en línea debe ser presentada y aprobada por el Estado.

### **¿Cuándo debe un empleado entregar las hojas de control de horas?**

Un calendario de nóminas muestra los plazos para presentar las hojas de horas y los días de pago programados. El calendario de nóminas para programas específicos se puede encontrar en [palcofirst.com](http://palcofirst.com).

### **¿Cómo sabré que una hoja de control de horas ha sido recibida y aprobada?**

El portal en línea mostrará mensajes de aprobación en tiempo real. El empleador, el representante autorizado o el empleado también pueden ponerse en contacto con un representante de atención al cliente para ayudar a verificar el estado de una hoja de control de horas.

### **¿Qué pasa si un empleado no recibe los fondos en el día de pago programado?**

Para los pagos depositados directamente, por favor, deje tiempo suficiente para que la paga se deposite en su cuenta. Le recomendamos que deje pasar 24 horas después del día de pago para el depósito. En el caso de los cheques en papel, si no los ha recibido en un plazo de 5 días, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente Consolidado llamando al 1.800.283.4465.

### **¿Recibirá el empleado un W-2 al final del año?**

Los W-2 están disponibles el 31 de enero. Si recibe el W-2 por correo, por favor espere una semana para la entrega. Todos los empleados reciben un W-2. Los empleados que ganan menos del umbral de servicio doméstico anual, según la IRS Pub. 15 (Circular E), también recibirán un reembolso del FICA cobrado en exceso. El empleador debe animar a sus empleados a que se aseguren de que la dirección correcta y la información de depósito directo están al día con Conduent antes de esta fecha, incluso si el empleado ya no está trabajando..

### **¿Cómo puedo cambiar mi información con Conduent?**

El método más rápido y sencillo es iniciar sesión en su cuenta y cambiar su información. De lo contrario, deberá rellenar el formulario correspondiente y enviarlo por correo o por fax a Conduent. Para cambiar el nombre y la información de contacto, rellena un formulario de cambio de información y adjunte la documentación que demuestre el cambio de nombre, que puede ser el permiso de conducir, la sentencia de divorcio o la licencia de matrimonio. Para cambiar las retenciones, rellena un formulario W-4 del IRS o una hoja de cálculo de información sobre la nómina. Para cambiar la información de pago, complete una Autorización de Depósito Directo. Para cualquier otro cambio, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente.

### **¿Cómo se puede contactar a Conduent?**

Los representantes del Centro de Atención al Cliente Consolidado están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. MT, excepto los días feriados estatales. Puede comunicarse por teléfono al 1.800.283.4465, por fax al 1.866.302.6787 o por correo a P.O. Box 27460, Albuquerque, NM 87125-7460. También se produce una gama de servicios de traductores e intérpretes a su solicitud.



## **Aviso de prácticas de privacidad**

Palco puede recibir y crear registros relativos a su información médica e individualmente identificable ("PHI") y está obligado a mantener la privacidad y seguridad de su PHI. Le rogamos que lea atentamente este aviso. Si tiene preguntas o dudas, póngase en contacto con el responsable de privacidad de Palco enviando un correo electrónico a [privacy@palcofirst.com](mailto:privacy@palcofirst.com). Palco sólo utilizará y divulgará su información según lo permitido por la ley y lo descrito a continuación:

- **Ayudar a la gestión del tratamiento de salud que recibes.** Es posible que divulguemos su información para proporcionar tratamiento y administrar servicios, incluyendo la realización de evaluaciones, la emisión de indemnizaciones por accidentes de trabajo y la administración de programas similares, y la recomendación de servicios en algunas situaciones. Podemos revelar información a otras personas que implementan sus servicios de salud. Podemos mantener correspondencia con usted y/o con su representante designado (por ejemplo, empleador sustituto o usuario autorizado). Toda la correspondencia por correo electrónico de Palco está codificada y es segura. Al enviar un correo electrónico a Palco con su cuenta personal de correo electrónico, usted acepta el riesgo de que su correspondencia no esté cifrada ni sea segura.
- **Gestionar nuestro negocio, incluyendo el pago y la administración de sus servicios de salud.** Podemos utilizar y divulgar su información para recibir y emitir pagos en su nombre y facturar a Medicaid, Medicare, Organizaciones de Atención Administrada, la Administración de Veteranos u otros organismos, según lo requiera su programa.
- **Cumplir con las leyes federales y estatales, incluidas las investigaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. DHHS) y de las fuerzas del orden.** La ley exige a Palco que cumpla con las investigaciones de los organismos reguladores y las cuestiones relacionadas con la seguridad nacional. Es posible que Palco tenga que revelar sus datos a los médicos forenses y otros funcionarios en caso de fallecimiento.
- **Responder a acciones legales y de supervisión sanitaria, como demandas o revisiones de garantía de calidad.** Palco puede verse obligada a responder a solicitudes, incluyendo la presentación de pruebas, citaciones, auditorías y otros asuntos legales o reglamentarios.

Usted tiene derecho a:

- **Autorizar el uso y la divulgación de su PHI por razones no autorizadas por la ley federal o estatal.** Palco solicitará su aprobación para divulgar la información médica protegida por motivos no exigidos por la ley, y usted podrá rechazar la divulgación.
- **Recibir este aviso de prácticas de privacidad.** Puede solicitar una copia de este aviso o ver la publicación en [palcofirst.com](http://palcofirst.com), en los paquetes de inscripción y en los manuales del programa, según corresponda. Palco puede cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a todos sus registros médicos. Dirigir las quejas al Oficial de Privacidad o al DHHS de los Estados Unidos.
- **Revisar y recibir copias de sus registros y una lista de las divulgaciones.** Las solicitudes deben hacerse en un formulario de Solicitud de Registros Sensibles. Le proporcionaremos una copia o un resumen dentro de los 10 días siguientes a la recepción de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el coste, por la recogida de los registros, incluidos los gastos de envío y la mano de obra. Palco puede rechazar algunas solicitudes si así lo exige la ley.
- **Solicitar la modificación de sus registros.** Las solicitudes deben realizarse en un formulario de Solicitud de Modificación de Información Sensible. Le proporcionaremos una copia o un resumen o un rechazo dentro de los 15 días siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Solicitar información en un formato alternativo o restringir el acceso a sus registros.** Las solicitudes deben hacerse por escrito en una Solicitud de Privacidad Adicional. Le proporcionaremos una copia o un resumen en un plazo de 15 días a partir de la recepción de su solicitud. Podemos rechazar o anular la solicitud en determinados casos limitados y le notificaremos los rechazos y anulaciones.
- **Ser notificado en caso de violación de su información sensible.** El responsable de privacidad le notificará en un plazo de 60 días.
- **Elegir a alguien que actúe en su nombre con respecto a sus registros.** Es necesario rellenar los formularios y la información adecuada para designar a los Usuarios Autorizados para que esas personas puedan comunicarse con Palco en su nombre.



# CALENDARIO DE PAGOS DE PALCO - 2023

## Programa Autodirigido (Self-Direction) de Nuevo México

Periodo del servicio		Hojas de Horas Enviadas por Fax Hasta las 12 am	Hojas de Horas En Línea Enviadas Hasta las 12 pm	Pagos Realizados por Palco a las 5 pm
<b>SABADO</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SABADO</b>	<b>MARTES</b>	<b>VIERNES</b>
Fecha de Inicio	Fecha Final	Fecha Límite	Fecha Límite	Pagado el
Diciembre 17, 2022	Diciembre 30, 2022	Diciembre 31, 2022	Enero 3, 2023	Enero 13, 2023
Diciembre 31, 2022	Enero 13, 2023	Enero 14, 2023	Enero 17, 2023	Enero 27, 2023
Enero 14, 2023	Enero 27, 2023	Enero 28, 2023	Enero 31, 2023	Febrero 10, 2023
Enero 28, 2023	Febrero 10, 2023	Febrero 11, 2023	Febrero 14, 2023	Febrero 24, 2023
Febrero 11, 2023	Febrero 24, 2023	Febrero 25, 2023	Febrero 28, 2023	Marzo 10, 2023
Febrero 25, 2023	Marzo 10, 2023	Marzo 11, 2023	Marzo 14, 2023	Marzo 24, 2023
Marzo 11, 2023	Marzo 24, 2023	Marzo 25, 2023	Marzo 28, 2023	Abril 7, 2023
Marzo 25, 2023	Abril 7, 2023	Abril 8, 2023	Abril 11, 2023	Abril 21, 2023
Abril 8, 2023	Abril 21, 2023	Abril 22, 2023	Abril 25, 2023	Mayo 5, 2023
Abril 22, 2023	Mayo 5, 2023	Mayo 6, 2023	Mayo 9, 2023	Mayo 19, 2023
Mayo 6, 2023	Mayo 19, 2023	Mayo 20, 2023	Mayo 23, 2023	Junio 2, 2023
Mayo 20, 2023	Junio 2, 2023	Junio 3, 2023	Junio 6, 2023	Junio 16, 2023
Junio 3, 2023	Junio 16, 2023	Junio 17, 2023	Junio 20, 2023	Junio 30, 2023
Junio 17, 2023	Junio 30, 2023	Julio 1, 2023	Julio 4, 2023	Julio 14, 2023
Julio 1, 2023	Julio 14, 2023	Julio 15, 2023	Julio 18, 2023	Julio 28, 2023
Julio 15, 2023	Julio 28, 2023	Julio 29, 2023	Agosto 1, 2023	Agosto 11, 2023
Julio 29, 2023	Agosto 11, 2023	Agosto 12, 2023	Agosto 15, 2023	Agosto 25, 2023
Agosto 12, 2023	Agosto 25, 2023	Agosto 26, 2023	Agosto 29, 2023	Septiembre 8, 2023
Agosto 26, 2023	Septiembre 8, 2023	Septiembre 9, 2023	Septiembre 12, 2023	Septiembre 22, 2023
Septiembre 9, 2023	Septiembre 22, 2023	Septiembre 23, 2023	Septiembre 26, 2023	Octubre 6, 2023
Septiembre 23, 2023	Octubre 6, 2023	Octubre 7, 2023	Octubre 10, 2023	Octubre 20, 2023
Octubre 7, 2023	Octubre 20, 2023	Octubre 21, 2023	Octubre 24, 2023	Noviembre 3, 2023
Octubre 21, 2023	Noviembre 3, 2023	Noviembre 4, 2023	Noviembre 7, 2023	Noviembre 17, 2023
Noviembre 4, 2023	Noviembre 17, 2023	Noviembre 18, 2023	Noviembre 21, 2023	Diciembre 1, 2023
Noviembre 18, 2023	Diciembre 1, 2023	Diciembre 2, 2023	Diciembre 5, 2023	Diciembre 15, 2023
Diciembre 2, 2023	Diciembre 15, 2023	Diciembre 16, 2023	Diciembre 19, 2023	Diciembre 29, 2023
Diciembre 16, 2023	Diciembre 29, 2023	Diciembre 31, 2023	Enero 2, 2024	Enero 12, 2024

¡Los retrasos y errores en el envío pueden dar lugar a retrasos en el pago!

### 2023 Cierre de oficinas

Día de Año Nuevo - Lunes, 2 de Enero\*  
 Día de Martin Luther King, Jr. Lunes, 16 de Enero  
 Día del Presidente – Lunes, 20 de Febrero  
 Día de los Caídos (Memorial Day) - Lunes, 29 de Mayo\*  
 Día de la Liberación (Juneteenth Day) – Lunes, 19 de Junio  
 Día de la Independencia: Martes, 4 de Julio\*

Día del Trabajo - Lunes, 4 de Septiembre\*  
 Día de C. Colón - Lunes, 9 de Octubre  
 Día de los Veteranos: Viernes, 10 de Noviembre  
 Acción de Gracias: Jueves 23 y Viernes 24 de Noviembre\*  
 Navidad: Lunes, 25 de Diciembre\*

\* Cierre de las Oficinas de Palco

## **Instrucciones para los formularios de los trabajadores**

Por favor, utiliza las siguientes instrucciones para llenar los formularios adjuntos con el fin de convertirte en un trabajador a través del programa Autodirigido (Self-Direction).

- La **información del empleado** se utiliza para inscribir al trabajador en el programa y asociarlo con el empleador y el participante. Completa todo el formulario. Firma y fecha los campos resaltados. Asegúrese de que su empleador Firma y fecha también.
- La **Información y Cualificación del Empleado** le notifica sus deberes asociados con ser un trabajador en el programa autodirigido. Por favor, lea atentamente este formulario y ponga sus iniciales donde se indica para asegurarse de que entiende y cumplirá con la información que contiene. Firma y fecha todos los campos resaltados.
  - Completa el recuadro de información del trabajador en la parte superior de la página.
  - Firma y fecha la parte inferior de la página.
- El **Contrato de Trabajo** se utiliza para informar al empleado de todos los requisitos que debe aceptar para convertirse en empleado de este programa. El empleado debe leer cuidadosamente este formulario y asegurarse de que entiende y cumple con la información que contiene.
  - Complete la casilla de información del empleado en la parte superior de la
  - Marque todas las casillas que correspondan.
  - Ponga sus iniciales en la parte inferior derecha de cada página como se indica.
  - Tanto el empresario como el Empleado deben firmar y fechar la parte inferior de la última página.
- El **Atestado del Proveedor** debe ser completado para cualquier proveedor de HCBS residencial o no residencial, que ofrece servicios autodirigidos en un entorno donde los individuos viven y/o reciben HCBS, debe cumplir con los siguientes Requisitos de la Regla Final de CMS. Se debe completar la información al final de la página 2 y el proveedor (empleado) debe firmar y fechar.
- El **Apéndice del Contrato del Empleado** (opcional) sólo debe completarse si el empleado debe conducir al participante como función de su trabajo o como parte de sus tareas asignadas. Deben adjuntarse copias del permiso de conducir de NM válido del empleado, de la prueba de seguro actual y de la matrícula del vehículo actual. La información del empleado se completa en la parte superior de la página y el empleador debe firmar y fechar la parte inferior de la página.

Nota: Para llenar los formularios de este paquete en PDF en su computadora antes de imprimirlos, llena primero este formulario de datos y la parte superior del siguiente formulario, luego revise los documentos restantes para verificar que los datos se hayan insertado correctamente.



## Información del empleado

Llena este formulario en su totalidad para iniciar el proceso de inscripción como empleado en el programa autodirigido. El llenado de este formulario no constituye una contratación por parte del empleador.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (APLICANTE)			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	
Número de seguro social	Correo electrónico (OBLIGATORIO)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Compartes la residencia con el participante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. Por favor, especifique quién es el propietario o quién alquila la residencia: _____			
Dirección (Calle, # de apartamento, NO PUEDE SER UN APARTADO DE CORREOS (PO BOX))			
Ciudad	Estado	Código Postal	País
Dirección postal (Calle, # de apartamento) – si es diferente de la dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	País
Teléfono 1	Teléfono 2	Método de comunicación preferido <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Teléfono / Correo de voz	

Nombre impreso del empleado

Nombre impreso del empleador

Firma del empleado

Firma del empleador

Fecha

Fecha

## **Información y cualificación del empleado**

### **INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (APLICANTE)**

Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN
-----------------	----------------------

Como empleado autodirigido, debes aceptar las siguientes condiciones de empleo:

- Entiendes que el participante, o tu sustituto, es tu empleador. Ni Palco, ni los administradores del programa/estado, son tu empleador.
- Este puesto se paga como empleado y no como contratista independiente.
- Este documento no crea una anticipación ni un contrato de trabajo.
- Cumplir con todas las leyes, reglamentos, políticas y requisitos federales, estatales, locales y del programa a lo largo de mi empleo. Esto incluye estar al día en la información que se me proporcione sobre el programa a lo largo de mi empleo.
- Completar con precisión toda la documentación de inscripción para garantizar que cumpla con los requisitos de elegibilidad del programa para la prestación de servicios y que no se le prohíba de ninguna manera la prestación de servicios..
- Que mi empleo depende de muchos factores, incluyendo la finalización exitosa y/o la aprobación de las verificaciones de antecedentes requeridas, la capacitación y la obtención de credenciales.
- Informar de cualquier cambio en mi capacidad para trabajar, incluidos los cambios en mis antecedentes o las cualificaciones requeridas para trabajar en el marco de este programa.
- El pago de los servicios a través del programa depende de la elegibilidad del participante para el programa. Una vez que la elegibilidad termine, ya no podrá ser pagado a través de este programa.
- Su empleador es responsable del pago de los servicios de las actividades no autorizadas o que exceden las limitaciones establecidas por el presupuesto.
- Los fondos para pagar los servicios provienen de fuentes públicas, y la responsabilidad financiera se aplica al uso de los fondos. Usted entiende que la presentación de hojas de horas falsas o fraudulentas o la presentación de hojas de horas para tareas distintas de las aprobadas en el presupuesto autorizado será denunciada a las autoridades competentes para su investigación y posible enjuiciamiento como fraude.
- Que la información y los datos médicos y personales del participante y del empleado son confidenciales. Además, ha leído y acepta el Aviso de prácticas de privacidad.
- Que ni Conduent ni los administradores del programa/estado son responsables de los actos de negligencia, las lesiones relacionadas con el trabajo o las omisiones cometidas por mí, el empleador, el participante, otro empleado o los proveedores de servicios, o los representantes autorizados.
- Informar de todos los incidentes críticos relacionados con la salud, la seguridad y el bienestar del participante, incluida la sospecha de fraude, abuso o negligencia.

Al firmar a continuación, reconoces que ha leído este contrato y que acepta la responsabilidad como empleado autodirigido, que entiende sus responsabilidades y deberes asociados con ese papel, y que cumplirá con las políticas y requisitos del programa. La información proporcionada en este documento es verdadera y exacta a su leal saber y entender. Además, entiende y acepta que la violación de este contrato dará lugar a la terminación.

\_\_\_\_\_

**Nombre impreso del empleado**

\_\_\_\_\_

**Firma del empleado**

\_\_\_\_\_

**Fecha**



## Contrato de empleo

**Por favor, marca la casilla correspondiente para indicar el propósito de la presentación de este formulario.**

- Empleado nuevo
- Cambio de salario del empleado (tarifa)

Fecha de efectividad del cambio de tarifa \_\_\_\_\_

***Nota: Conduent (antes Xerox) debe recibir el Contrato de Empleo al menos 15 días antes de cualquier cambio de tarifa. Los cambios de tarifa entrarán en vigor al principio del período de pago.***

Un empleado es contratado y supervisado directamente por el Empleador de Registro (EOR). El empleado debe seguir las políticas establecidas en este contrato. El propósito de este contrato es establecer las responsabilidades de cada parte. El empleado es un empleado a voluntad. El miembro/participante Self-directed al que se presta servicio en virtud de este contrato es: (escriba en letra de molde)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN
INFORMACION DE PARTICIPANTE	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN
INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (solo si aplica)	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN

*De acuerdo con las normas 8.314.6.7 NMAC y 8.308.12 K. NMAC, una persona legalmente responsable (LRI, por sus siglas en inglés) se define como cualquier persona que tiene la obligación, según la ley estatal, de cuidar a otra persona. Esta categoría suele incluir: el padre o la madre (biológico, legal o adoptivo) de un niño menor; el tutor de un niño menor que debe cuidar al niño; o el cónyuge. Se debe obtener la aprobación de la MCO/del Estado para que se pague a un LRI por trabajar de autodirección.*

**PARA TODOS LOS EMPLEADOS**

¿Es el empleado legalmente responsable del miembro/participante de autodirección?

SÍ       NO

Si el empleado es legalmente responsable del miembro/participante, marque la casilla que mejor describa la relación del empleado con el miembro/participante.

- Padre (biológico, legal o adoptivo) del miembro/participante que es menor de edad
- Tutor del miembro/participante que es menor de edad
- Cónyuge del miembro/participante

Si el empleado es una persona legalmente responsable (LRI) del miembro/participante de autodirección, la aprobación de la MCO/del Estado para ser un proveedor remunerado debe presentarse junto con el acuerdo de empleo. Si el LRI va a ser proveedor de más de un servicio, la aprobación de la MCO/Estado debe presentarse para cada servicio

**Funciones del puesto de trabajo**

El empleador y el empleado se pondrán de acuerdo sobre un conjunto específico de deberes o servicios laborales que se prestarán. Estos deberes y servicios se desarrollarán de acuerdo con las definiciones de los Estándares de Servicio, y el Manual de Políticas de Atención Administrada de Centennial Care y se documentarán en el Plan de Servicio y Apoyo de Mi Vía (SSP) o en el Beneficio Comunitario de Atención Administrada/Autodirigido (SDCB) del miembro/participante.

**Pago**

La fecha de estado del SSP o del Plan de Atención SDCB establece la fecha a partir de la cual comienzan los pagos pueden empezar. *La tasa de pago y las horas/unidades no deben exceder la financiación dentro de la partida presupuestaria aprobada.* Sólo se pagará la tarifa aprobada. El empleado será pagado por sus servicios con la siguiente tarifa horaria (del presupuesto autodirigido):

Código de servicio  Tarifa \$  \*Horas/unidades estimadas  por  semana  mes

Código de servicio  Tarifa \$  \*Horas/unidades estimadas  por  semana  mes

Código de servicio  Tarifa \$  \*Horas/unidades estimadas  por  semana  mes

**\*Por favor, toma en cuenta que las horas/unidades son una estimación y no son fijas. El tiempo de trabajo programado puede cambiar según las necesidades del miembro/participante.**

Nombre del empleado	Nombre del participante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Duración del contrato

Este Contrato será efectivo cuando ambas partes lo firmen y de acuerdo con la fecha de aprobación del servicio por parte del Tercero Evaluador (TPA) o la Organización de Atención Administrada (MCO). Sin embargo, se acuerda que los servicios no se prestarán hasta que Conduent (antes Xerox) haya recibido todos los documentos relacionados con el empleo (como se indica en el "Paquete del empleado"). Cualquiera de las partes puede rescindir (terminar) este contrato y el empleo contemplado en el mismo, en cualquier momento, y sin responsabilidad por hacerlo, dando a la otra parte un aviso previo de al menos 5 (cinco) días hábiles, excepto en una situación de emergencia. Este aviso puede ser dado oralmente o por escrito. Es responsabilidad del EOR y del empleado proporcionar esta información de terminación de la relación laboral a Conduent informando al Centro de Llamadas al 1-800- 286-4465.

### Modificación del Contrato

El presente Contrato puede ser modificado por el acuerdo de ambas partes. La modificación del Contrato requerirá que usted presente un nuevo Contrato a Conduent, y debe incluir la aprobación previa para garantizar que el presupuesto pueda respaldar los cambios propuestos. *Se deberán entregar copias firmadas de todos los nuevos acuerdos a Conduent antes de poder realizar cualquier cambio en las tarifas, unidades, etc.* Los cambios en las tarifas NO se harán con carácter retroactivo. Conduent debe recibir el acuerdo del empleado al menos 15 días antes de la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio de tarifa. Si se produce un aumento de la tarifa, la nueva tarifa debe ser aprobada en el presupuesto del miembro/participante.

### Programación de la agencia proveedora/proveedor/contratista

Si el empleado no puede trabajar a la hora prevista, deberá avisar con al menos [ ] horas de anticipación para que el empleador pueda encontrar un sustituto. (El empleador y el empleado deben acordar la cantidad con anticipación y anotarla en el espacio previsto)

**Un cambio en el trabajo programado por el empleador o el empleado debe hacerse con al menos [ ] horas de anticipación.** En caso de emergencia, el empleado avisará al empresario o a otra persona designada. Esta persona será designada con antelación, por escrito y se identificará ante el empleado. Si un empleado va a llegar tarde a sabiendas, lo notificará al empresario por teléfono. (Véase la nota anterior).

### Cualificaciones del empleado

El empleado confirma que cumple con las cualificaciones mínimas para el empleo, tal como lo exige el Programa autodirigido y se describe en los reglamentos del Programa autodirigido (8.314.6 NMAC o 8.308.12 NMAC), las Normas de Servicio del Programa autodirigido y el Manual de Políticas de Centennial Care Managed Care. La calificación, los deberes y las políticas del empleado incluyen, pero no se limitan a:

1. El empleado tiene 18 años de edad o más.
2. El empleado tiene el conocimiento, las habilidades y la capacidad requeridos para realizar los servicios especificados (indicados) en el Plan de Servicio y Apoyo (SSP)/presupuesto o Plan de Atención del SDCB del miembro/participante.

Nombre del empleado	Nombre del participante
[ ]	[ ]

3. El empleado posee la experiencia y los antecedentes requeridos por el Programa autodirigido para el(los) servicio(s) específico(s) que prestará al miembro/participante.
4. El empleado tiene conocimientos básicos de matemáticas, lectura y escritura y es capaz de comunicarse con éxito con el miembro/participante.
5. Un empleado que proporcione transporte a un miembro/participante de Autodirección, ya sea como servicio principal o como parte de la prestación de un servicio independiente, debe cumplir con las cualificaciones de un proveedor de transporte, además de otras cualificaciones para el empleo.
6. El empleado tiene un número de seguridad social válido y está autorizado a trabajar en los Estados Unidos.
7. El empleado está dispuesto a someterse a un control de antecedentes penales. **La verificación de los antecedentes penales es obligatoria.** El empleado reconoce que no puede comenzar a trabajar hasta que Conduent haya recibido todos los materiales necesarios para la verificación de antecedentes penales y el EOR haya recibido la notificación de que el empleado ha superado con éxito la verificación inicial de antecedentes del Registro Consolidado en Línea (COR). Una vez que se haya completado el COR y la verificación final de antecedentes penales esté en proceso, el empleado será contratado de manera provisional (temporal) hasta que el EOR reciba los resultados de la verificación final de antecedentes penales.

#### **Responsabilidades administrativas**

1. El empleado está de acuerdo en que los ingresos federales, Medicare, la seguridad social y los impuestos estatales y locales de Nuevo México (según corresponda) se retendrán de los salarios de los empleados según los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) y del Departamento de Impuestos y Rentas de Nuevo México.
2. El empleado reconoce y entiende que los fondos disponibles para el pago están autorizados (permitidos) por la Exención de Medicaid Autodirigida de Nuevo México **antes del** trabajo realizado. El pago al empleado sólo se realizará según lo autorizado por la Exención de Medicaid Autodirigida de Nuevo México, de acuerdo con el SSP/presupuesto aprobado del miembro/participante o el Plan de Atención del SDCB.
3. El empleado sólo realizará el trabajo dentro de la tarifa horaria autorizada, ya que no será compensado (pagado) por el estado de Nuevo México por el trabajo realizado en exceso (más) de la cantidad autorizada en el SSP/presupuesto o el Plan de Atención del SDCB.
  - a. A partir del 1 de septiembre de 2011, cualquier cambio en la remuneración de los empleados debe comenzar al principio de un período de pago. Conduent debe recibir el Acuerdo de Empleo al menos 15 días antes de la fecha de entrada en vigor del cambio. Si el empleado va a recibir un aumento, la nueva tarifa debe ser aprobada en el presupuesto del miembro/participante.
4. El empleado no cobrará por servicios no realizados o tiempo no trabajado.
5. El empleado no cobrará por trabajos realizados por encima de la cantidad autorizada y documentada en el presupuesto al empleado.
6. Las hojas de control de horas deben estar correctamente cumplimentadas y firmadas tanto por el empleador como por el empleado.

Nombre del empleado	Nombre del participante
---------------------	-------------------------

7. El empleador o el empleado deben entregar las hojas de control de horas a Conduent dentro del plazo de un día natural a partir del final del período de pago, de acuerdo con el calendario de pagos (se incluye una copia en el paquete del empleado). Las hojas de control recibidas después de la fecha indicada en el calendario de pagos se consideran atrasadas y NO se pagarán hasta la siguiente fecha de emisión de pagos programada. Las hojas de control de horas presentadas para su pago que excedan (superen) los noventa (90) días después de la prestación del servicio no pueden ser procesadas o pagadas de acuerdo con los requisitos de presentación oportuna de Medicaid.
8. Todos los documentos requeridos que figuran en el Paquete del empleado deben ser completados por el empleado y enviados a Conduent antes de prestar cualquier servicio.
9. El empleado se considera un proveedor de Medicaid y debe documentar los servicios y mantener la documentación según lo establecido en el Reglamento del Programa autodirigido (8.314.6.12 NMAC o 8.308.12 NMAC).
10. El empleador revisará o ha revisado las Normas de Servicio de la Exención o la Política de Atención Administrada de Centennial Care con el Empleado para aquellos servicios para los que está empleado.
11. El empleador proporcionará o ha proporcionado capacitación al empleado sobre los requisitos de notificación establecidos en el REGLAMENTO DE NOTIFICACIÓN DE ABUSOS, NEGLIGENCIA, EXPLOTACIÓN Y MUERTE, CAPACITACIÓN Y REQUISITOS RELACIONADOS PARA LOS PROVEEDORES DE LA COMUNIDAD (7.1.14 NMAC)

**Políticas de empleo**

1. El pago de los servicios puede ser en forma de cheque o mediante depósito directo. El empleado puede cambiar su preferencia de pago en cualquier momento, sujeto a los procesos y plazos indicados en el Acuerdo de Depósito Directo y las instrucciones asociadas.
2. Todos los pagos se envían por correo directamente a la dirección del empleado que figura en los archivos de Conduent o se envían mediante depósito directo.
3. Los salarios de los empleados se pagan con fondos federales y estatales. Toda afirmación, declaración o documento falso, o la ocultación (encubrimiento) de hechos materiales, será perseguida en virtud de las leyes federales y estatales aplicables..
4. El empleado se compromete a ayudar al empleador prestando los servicios y realizando las actividades especificadas en el Plan de Servicio y Apoyo (SSP) del miembro/participante o en el Plan de Atención del SDCB y como se indica en otros documentos que están relacionados con el ámbito de trabajo del empleado.
5. El empleado se compromete a prestar los servicios del empleado según lo especificado por el empleador en un horario acordado mutuamente entre el empleador y el empleado. En algunos casos, pueden producirse variaciones ocasionales (cambios) en las tareas y el horario del empleado en base al acuerdo mutuo de ambas partes.
6. En caso de enfermedad, emergencia o un incidente que impida al empleado prestar los servicios programados al afiliado/participante/empleador; el empleado se compromete a notificar al empleador lo antes posible, para que éste pueda obtener asistencia de otra parte.

Nombre del empleado	Nombre del participante
---------------------	-------------------------

7. El empleado se compromete a participar en la formación para la prestación de servicios de los empleados, incluida la formación para realizar cualquier actividad sanitaria que requiera el empleador, o que se especifique en el SSP o en el Plan de Atención del SDCB del miembro/participante.
8. El empleado se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información sobre el afiliado/participante y a respetar la privacidad del afiliado/participante.
9. El empleado se compromete a denunciar los incidentes sospechosos de abuso, negligencia y/o explotación a los Servicios de Protección de Adultos o de Niños, según corresponda.
10. El empleado comprende que este Acuerdo no garantiza el empleo ni el pago de salarios durante ningún período de tiempo hasta que Conduent reciba y registre toda la documentación requerida y el EOR haya recibido la notificación de que el empleado ha superado satisfactoriamente la verificación de antecedentes del Registro Consolidado en Línea (COR).
11. El empleado comprende que el empleado es contratado por el empleador y no por el estado de Nuevo México ni por Conduent o sus subcontratistas.
12. El empleado y el empleador reconocen que el empleador es el único responsable de cualquier cuestión relacionada con el empleo, las horas, los salarios y el impago de los mismos, incluidas las reclamaciones salariales ante el Departamento de Soluciones Laborales.
13. La propiedad del afiliado/participante/empleador no se utilizará para el uso personal del empleado, a menos que se acuerde mutuamente por escrito por ambas partes antes del uso de la propiedad. Todos los asuntos privados que se discutan durante el tiempo de trabajo se mantendrán confidenciales.
14. El empleado debe ser puntual, estar adecuadamente vestido y ser respetuoso con todos los miembros de la familia. El teléfono del miembro/participante/empleador sólo puede utilizarse con autorización.
15. No se permite la tergiversación (declaración falsa) de tiempos, servicios, personas y/u otra información. Si el empleador o el empleado firman una hoja de control con información falsa, esto puede ser motivo de despido del empleado, y el miembro/participante puede perder la opción de participar en el programa "Self-Direction". Además, las sospechas de fraude se comunicarán a la unidad de fraude de Medicaid.
16. De acuerdo con las regulaciones de Medicaid, el Programa autodirigido no permite que las horas de nómina superen las cuarenta (40) horas semanales para un empleado bajo un mismo empleador (EOR).

**Responsabilidades del empleador (EOR)**

1. El empleador verificará y atestiguará que el empleado cumple con las cualificaciones mínimas para el empleo según lo requerido por el Programa autodirigido y lo descrito en los reglamentos del Programa autodirigido (8.314.6 NMAC o 8.308.12 NMAC) y las Normas de Servicio del Programa autodirigido y el Manual de Políticas de Centennial Care Managed Care.
2. El empleador se compromete a orientar, capacitar y dirigir al empleado en la prestación de los servicios del empleado descritos y autorizados (permitidos) por el plan de servicios del miembro/participante o que sean solicitados por el empleador.
3. El empleador se compromete a establecer un horario de mutuo acuerdo para los servicios del empleado, ya sea de forma oral o por escrito.

Nombre del empleado	Nombre del participante
---------------------	-------------------------

4. El empleador se compromete a notificar con la debida anticipación los cambios en el horario de trabajo del empleado en caso de circunstancias imprevistas o emergencias, pero no se puede garantizar dicha notificación.
5. El empleador entiende que en cualquier momento, el empleado puede cambiar su preferencia de pago de cheque a depósito directo, sujeto a los procesos y plazos descritos en el Acuerdo de Depósito Directo y las instrucciones asociadas.
6. En consideración a los mejores esfuerzos del empleado para realizar su trabajo de forma satisfactoria, el empleador se compromete a autorizar las hojas de control de horas del empleado completadas y a pagar al empleado de acuerdo con el calendario de nóminas predeterminado. El salario neto incluirá los ingresos brutos calculados de acuerdo con la tasa de pago del empleado, menos las deducciones de nómina para la parte del empleado de las retenciones de nómina estatales, federales y locales aplicables.
7. El empleador acepta que el empleado puede no comenzar a trabajar hasta que Conduent haya recibido todos los materiales necesarios para la verificación de antecedentes penales y el empleado haya superado con éxito la verificación de antecedentes del Registro Consolidado en Línea (COR). Una vez que Conduent haya recibido los materiales necesarios y el empleado haya superado satisfactoriamente la verificación de antecedentes del COR, el empleador acepta seleccionar o contratar al empleado de manera **interina (temporal) hasta que se haya completado la verificación final de los antecedentes penales, para aquellos delitos que se determinen como condenas descalificadoras según lo establecido en NMSA 1978, sección 29-17-3.** El empleador ha discutido esto con el empleado y se reserva el derecho de despedirlo basándose en los resultados de la verificación de los antecedentes penales.

El proceso para inscribir a un empleado es el siguiente:

- a. El paquete de precontratación debe ser debidamente llenado y enviado a Conduent (antes Xerox). Este paquete consta de: el formulario de autorización del Departamento de Salud/División de Mejora de la Salud DOH/DHI; copia de una identificación con fotografía; 3 tarjetas de huellas dactilares; formulario de reembolso de huellas dactilares (opcional).
- b. El COR es completado por Conduent.
- c. Si el empleado propuesto aprueba el COR, puede comenzar a trabajar de manera provisional hasta que se complete la verificación de antecedentes penales.
- d. El paquete de inscripción del empleado debe llenarse dentro de los 3 días posteriores a la fecha en que el empleado comienza a trabajar. Este paquete consiste en: el formulario de información del empleado; el acuerdo de empleo; el formulario de declaración de proveedor autodirigido, el formulario de declaración de parentesco; el formulario de retención de impuestos federal W-4; el formulario de retención del estado de Nuevo México; el formulario I-9; y el formulario de autorización de depósito directo. Todos los documentos, a excepción del formulario I-9, deben enviarse a Conduent. El formulario I-9 debe ser completado y retenido (conservado) por el EOR.

Nombre del empleado	Nombre del participante

8. Se prohíbe la tergiversación (declaración falsa) del tiempo, los servicios, el individuo y/u otra información. Si el empleador o el empleado firman una hoja de control de horas en la que se determina que se falsea la información, esto puede ser causa de despido del empleado, y el miembro/participante puede perder la opción de participar en la autodirección. Además, las sospechas de fraude se comunicarán a la unidad de fraude de Medicaid.

**Salario mínimo**

Este Contrato de Trabajo no puede mostrar una tarifa inferior al salario mínimo del estado.

**Responsabilidades mutuas**

Las partes acuerdan seguir las políticas y los procedimientos de la Exención de Medicaid Autodirigida de Nuevo México para incluir los reglamentos (8.314.6 NMAC o 8.308.12 NMAC), las Normas de Servicio y el Manual de Políticas de Atención Administrada de Centennial Care. El empleado y el Empleador aceptan eximir de responsabilidad, liberar y eximir para siempre al estado de Nuevo México y a Conduent (antes Xerox) y sus subcontratistas de cualquier reclamación y/o daños que puedan surgir de cualquier acción u omisión del empleado, empleador, miembro/participante o consumidor.

El empleador y el empleado deben firmar a continuación para iniciar una relación laboral a través del programa Autodirigido (Self-Direction). Al firmar, el empleado y el empleador que figura en la lista aceptan todas las cualificaciones, deberes, responsabilidades y políticas que se describen en este Contrato de Trabajo.

**Nombre impreso del empleado**

**Nombre impreso del empleador**

---

**Firma del empleado**

---

**Firma del empleador**

**Fecha**

**Fecha**

Nombre del empleado	Nombre del participante





**FORMULARIO DE ATESTACIÓN DEL PROVEEDOR AUTODIRIGIDO REGLA  
FINAL DE LOS CMS PARA HCBS**

Por favor, lea el siguiente resumen de los requisitos de la regla final de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para los proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS).

Todo proveedor de HCBS residencial o no residencial, que ofrezca servicios autodirigidos en un entorno en el que las personas vivan y/o reciban HCBS, debe cumplir con los siguientes requisitos de la Regla Final de los CMS:

1) Los proveedores deben garantizar que los entornos se integren y apoyen el pleno acceso de las personas a la comunidad en general, lo que incluye:

- Proporcionar oportunidades para buscar empleo y trabajar en entornos integrados competitivos, participar en la vida comunitaria y controlar los recursos personales; y
- Garantizar que los individuos reciban servicios en la comunidad, con el mismo grado de acceso que los individuos que no reciben HCBS.

2) Los proveedores deben garantizar que la persona seleccione entre las opciones de entorno, incluidos los entornos no específicos para la discapacidad y las opciones de una unidad privada en un entorno residencial. El entorno del proveedor debe tener planes de servicio centrados en la persona que documenten las opciones basadas en las necesidades y preferencias del individuo. En el caso de los entornos residenciales, el plan centrado en la persona debe documentar las opciones disponibles de alojamiento y comida.

3) Los proveedores deben garantizar los derechos de la persona a la intimidad, la dignidad y el respeto, y a no sufrir coacciones ni restricciones.

4) Los proveedores deben garantizar que los entornos optimizan la iniciativa, la autonomía y la independencia del individuo a la hora de tomar decisiones en su vida, incluyendo, pero sin limitarse a, las actividades diarias, el entorno físico y con quién interactuar.

5) Los proveedores deben garantizar que los entornos facilitan la elección individual en cuanto a los servicios y apoyos, y la elección en cuanto a quién los proporciona.

6) Los proveedores deben garantizar la protección de los inquilinos, la privacidad y la autonomía de las personas que reciben HCBS y que no residen en su propio hogar privado (o familiar).

Como proveedor de HCBS inscrito en Medicaid, está obligado a garantizar que se cumplan todos los aspectos de la Regla Final. **HSD/MAD recomienda que lea la Regla Final de CMS en el Registro Federal en el siguiente enlace para revisar los detalles de los requisitos de la Regla Final de CMS:**

[https://www.federalregister.gov/documents/2016/10/04/2016-23503/medicare-and-medicaid-programs-reform-of-requirements-for-long-term-care-facilities?utm\\_campaign=subscription%20mailing%20list&utm\\_source=federalregister.gov&utm\\_medium=email](https://www.federalregister.gov/documents/2016/10/04/2016-23503/medicare-and-medicaid-programs-reform-of-requirements-for-long-term-care-facilities?utm_campaign=subscription%20mailing%20list&utm_source=federalregister.gov&utm_medium=email)

**Yo certifico que he leído cuidadosamente el resumen de los requisitos para los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad arriba mencionados y los Requisitos de la Regla Final de CMS en el Registro Federal en el enlace proporcionado arriba. Certifico que mi organización/proveedor cumple o cumplirá antes del 17 de marzo de 2022 los requisitos de la norma final de los CMS publicados en el Registro Federal.**

**Además, certifico que mi organización/proveedor seguirá cumpliendo con los requisitos de la regla final de los CMS publicados en el Registro Federal.**

**(EL PROVEEDOR SOLICITANTE DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO DE DECLARACIÓN).**

**Información sobre el miembro/participante**

Nombre del miembro/participante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro/participante: \_\_\_\_\_

Empleador de registro del miembro/participante: \_\_\_\_\_

**Información del proveedor (Proveedor o Empleado)**

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Título/Posición: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social/ID para declarar impuestos: \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## APÉNDICE A LA LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CONTRATO DEL EMPLEADO PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

### Exención de Medicaid por autodirección

**Este formulario SÓLO es necesario si la conducción del afiliado es su función laboral o forma parte de sus tareas asignadas.**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	
Nombre completo	ID/últimos 4 del SSN

Todas las personas que prestan servicios de transporte de cualquier tipo a un participante de Autodirección deben reunir las siguientes cualificaciones:

- Poseer una licencia de conducir válida de Nuevo México
- Tener al menos 18 años de edad
- Estar libre de impedimentos físicos o mentales que puedan afectar negativamente el desempeño de la conducción
- No contar con sanciones por conducir en estado de ebriedad (DWI) o accidentes imputables (por culpa) en los últimos dos años
- Estar en posesión de una póliza de seguro y una matrícula de vehículo en vigor

Declaro que he verificado que mi proveedor de transporte posee cada una de estas cualificaciones. (Por favor, complete y firme con tinta)

**Nombre impreso del empleador**

**Firma del empleador**

**Fecha**

**Nombre impreso del empleado/proveedor**

**Firma del empleado/proveedor**

**Fecha**

Por favor, adjunta a este formulario copias de los siguientes documentos del proveedor (empleado) mencionado anteriormente:

- Licencia de conducir válida de Nuevo México
- Póliza de seguro actual del empleado que proporcionará el transporte
- Registro actual del vehículo del empleado que proporcionará el transporte

**Estos documentos son necesarios para verificar si el proveedor está calificado para realizar servicios de transporte dentro del programa Autodirigido (Self-Direction). Sin estos documentos, el transporte no puede ser proporcionado.**



**Employment Eligibility Verification**  
**Department of Homeland Security**  
 U.S. Citizenship and Immigration Services

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

▶ **START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.**

**ANTI-DISCRIMINATION NOTICE:** It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

**Section 1. Employee Information and Attestation** *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>		Middle Initial	Other Last Names Used <i>(if any)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>			Apt. Number	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i>	U.S. Social Security Number □□□□ - □□ - □□□□		Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number	

**I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.**

**I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):**

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____  <b>OR</b>          2. Form I-94 Admission Number: _____  <b>OR</b>          3. Foreign Passport Number: _____          Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

Signature of Employee	Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>
-----------------------	----------------------------------

**Preparer and/or Translator Certification (check one):**  
 I did not use a preparer or translator.     A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.  
*(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)*

**I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.**

Signature of Preparer or Translator		Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>	
Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>		City or Town	State ZIP Code

Employer Completes Next Page



**Employment Eligibility Verification**  
**Department of Homeland Security**  
 U.S. Citizenship and Immigration Services

**USCIS**  
**Form I-9**  
 OMB No. 1615-0047  
 Expires 10/31/2022

**Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification**

*(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")*

<b>Employee Info from Section 1</b>	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				

**Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge the employee is authorized to work in the United States.**

**The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy):** \_\_\_\_\_ **(See instructions for exemptions)**

Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative		Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)		City or Town	State	ZIP Code

**Section 3. Reverification and Rehires** *(To be completed and signed by employer or authorized representative.)*

<b>A. New Name (if applicable)</b>			<b>B. Date of Rehire (if applicable)</b>	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)	

**C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.**

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

**I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.**

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

## LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

### All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A  
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

<b>LIST A</b> <b>Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization</b>	OR	<b>LIST B</b> <b>Documents that Establish Identity</b>	AND	<b>LIST C</b> <b>Documents that Establish Employment Authorization</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. U.S. Passport or U.S. Passport Card</li> <li>2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)</li> <li>3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa</li> <li>4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)</li> <li>5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Foreign passport; and</li> <li>b. Form I-94 or Form I-94A that has the following:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) The same name as the passport; and</li> <li>(2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI</li> </ol>	OR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address</li> <li>2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address</li> <li>3. School ID card with a photograph</li> <li>4. Voter's registration card</li> <li>5. U.S. Military card or draft record</li> <li>6. Military dependent's ID card</li> <li>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</li> <li>8. Native American tribal document</li> <li>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</li> <li style="text-align: center;"><b>For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</b></li> <li>10. School record or report card</li> <li>11. Clinic, doctor, or hospital record</li> <li>12. Day-care or nursery school record</li> </ol>	AND	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT</li> <li>(2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION</li> <li>(3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION</li> </ol> </li> <li>2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)</li> <li>3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal</li> <li>4. Native American tribal document</li> <li>5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)</li> <li>6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)</li> <li>7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security</li> </ol>

**Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).**

**Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.**

## Instrucciones para el I-9

El Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, departamento de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (CIS), requiere que todos los empleadores y trabajadores estadounidenses completen el I-9. El propósito es verificar que el trabajador solicitante puede ser empleado legalmente en los Estados Unidos. Palco verifica a todos los trabajadores a través del sistema en línea del CIS de Estados Unidos.

Utiliza las instrucciones y la lista de comprobación que figuran a continuación como guía para completar este formulario. El trabajador solicitante debe completar todos los campos resaltados en azul. El empleador debe completar todos los campos resaltados en amarillo.

### 1. Completar la página 1. Debe ser llenado por el trabajador solicitante.

- Llena todos los campos de la sección 1. El nombre aquí debe coincidir con el nombre en sus documentos de verificación. (Véase el número 3 de esta lista de verificación)

Section 1. Employee Information and Attestation <small>(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)</small>				
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)	Apartment Number	City or Town	State	ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number	Employee's E-mail Address		Employee's Telephone Number

- Seleccione la siguiente casilla que le corresponda.
  - Si selecciona la casilla 3, suministre su número de registro de extranjero o de USCIS.
  - Si selecciona la casilla 4, suministre su fecha de vencimiento de trabajo y complete uno de los tres campos que siguen.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <small>(See instructions)</small>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy). Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <small>(See instructions)</small>	

Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9:  
An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.

1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____	
OR	
2. Form I-94 Admission Number: _____	
OR	
3. Foreign Passport Number: _____	
Country of Issuance: _____	

- Firma y fecha.

Signature of Employee	Today's Date (mm/dd/yyyy)
-----------------------	---------------------------

- Si es necesario, llena las casillas de Certificación del Preparador y/o del Traductor en la parte inferior de la página 1.

**2. Completar la página 2. Debe ser completado por el empleador.**

- Escribe el nombre y la condición de ciudadanía del trabajador tal como aparece en la página 1.

<b>Employee Info from Section 1</b>	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	M.I.	Citizenship/Immigration Status
-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------	--------------------------------

- Consulte la página 3 del I-9 para obtener los documentos de verificación correspondientes. Complete todas las líneas asociadas con los documentos proporcionados en el espacio designado. Debe completar una, pero no ambas, de las dos opciones siguientes para aplicar:
- Un documento de la Lista A.
  - Un documento de la lista B y un documento de la lista C.

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any)(mm/dd/yyyy)

- Adjunte copias de los documentos de verificación enumerados en la página 2 del I-9. El empleador debe revisar los documentos de verificación del trabajador.
- Proporcione el primer día de empleo del trabajador en el espacio proporcionado. Esta fecha debe coincidir con la fecha en que el trabajador firmó en la página 1.

**El primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):** \_\_\_\_\_

- Llena las siguientes tres filas de información en la sección 2, incluyendo la firma y la fecha del formulario.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Title of Employer or Authorized Representative	
Last Name of Employer or Authorized Representative	First Name of Employer or Authorized Representative	Employer's Business or Organization Name	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

- Llena la Sección 3 sólo si el trabajador tuvo un cambio de nombre o de estatus de ciudadanía, o si el trabajador trabajó previamente para el empleador en los últimos tres años. Si no se da ninguno de estos casos, deje la sección 3 en blanco.
- Firme, feche y escribe el nombre del empleador en la parte inferior de la página.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

Para obtener más información y ayuda sobre cómo llenar este formulario, visite la página web <https://www.uscis.gov/i-9>.



## **Instrucciones para los formularios de nómina de los empleados**

Por favor, llene los formularios apropiados de nómina, IRS, retención estatal y formularios adicionales con el fin de convertirse en un empleado en el programa autodirigido. Siga las instrucciones que se indican a continuación. Todas las áreas resaltadas deben ser firmadas.

- El **Formulario de nómina** se utiliza para determinar las exenciones a las que tiene derecho para que Conduent pueda calcular la nómina y el impuesto sobre la nómina adecuados para usted y su empleador.

- Complete todos los campos de la sección de información requerida.
- Seleccione el motivo por el que llena el formulario.
- Llena la parte **A**.
  - Seleccione la opción que más corresponda a su relación.
- Llena la parte **B**.
  - Por favor, seleccione la opción que más se relacione con usted.
- Firma y fecha la página

- El **formulario W-4 del IRS** le indica a Palco cómo desea que calculemos y retengamos los impuestos federales sobre la renta de su sueldo.

- Llena la casilla 1 con su nombre y dirección completa.
- Escribe tu número del Seguro Social en la casilla 2.
- Seleccione lo que corresponda en la casilla 3.
- Seleccione la casilla 4 si procede.
- Incluye el número total de dependientes que desea reclamar en la casilla 5.
- Indica cualquier cantidad adicional en dólares que deba ser retenida en cada
- Si reclama alguna exención, escribirá EXEMPT en la casilla 7.
- Firma y fecha la parte inferior del formulario

- El **Contrato de Selección de Pago y Autorización de Depósito Directo** nos autoriza a pagarle mediante transferencia electrónica de fondos

- Selecciona una opción de Tipo de Solicitud en la parte superior del formulario.
- Llena todos los campos de la sección Información de la cuenta.
- Adjunte una de las siguientes formas de documentación de validación:
  - ✓ Un cheque anulado (no hay cheques provisionales ni resguardo de ingreso).
  - ✓ Una carta mecanografiada de su banco con el membrete del mismo con su nombre, número de cuenta y número de ruta.
  - ✓ Si se trata de una tarjeta de prepago, envíe un extracto de la compañía de la tarjeta que muestre que la tarjeta está activada y registrada. Este extracto debe tener su nombre impreso en la tarjeta. Por lo general, puede entrar en el sitio web de la compañía de la tarjeta e imprimir este formulario, o si compra su tarjeta de prepago directamente a un banco, éste puede proporcionar la documentación necesaria. Una copia de su tarjeta que NO es documentación válida.
- Firma y fecha la parte inferior del formulario.

## Formulario de nómina

Como trabajador de atención domiciliaria autodirigido (self-direction), sus retenciones de impuestos sobre la nómina están sujetas a normas fiscales especiales y su residencia puede influir en sus beneficios según la legislación laboral. Llenar este formulario con exactitud asegurará que sus impuestos y beneficios sean calculados correctamente.

INFORMACIÓN REQUERIDA	
Nombre del empleado	ID
Nombre del empleador	Nombre del participante (Si es diferente del empleador)

Marque esta casilla si ya está inscrito en Palco y necesita **cambiar** su información.

### Declaración de relación

Dependiendo de su relación con su empleador y de su edad, usted puede estar exento de ciertos impuestos, tales como FICA (Seguridad Social y Medicare), FUTA (Desempleo Federal) y SUTA (Desempleo Estatal). Puede encontrar más información al respecto en la Publicación 15 del IRS.

Relación con el empleador	FICA <sup>1</sup>	FUTA <sup>2</sup>
Hijo empleado por el padre	Exento hasta que el hijo cumpla 21 años	Exento hasta que el hijo cumpla 21 años
Padre empleado por el hijo adulto (incluido el adoptante o padrastro)	Exento	Exento
Cónyuge empleado por Cónyuge	Exento	Exento

### Seleccione la respuesta adecuada:

- No exento.** No se aplica ninguna de las selecciones.
- Exento.** Soy el cónyuge de mi empleador.
- Exento.** Soy hijo de mi empleador y tengo menos de 21 años
- Exento.** Soy el padre o la madre de mi empleador y soy mayor de edad. Esto incluye a los padres adoptivos y a los padrastros.

Si cualquier información en este documento cambia en cualquier momento, por favor complete un nuevo documento y envíelo a Palco inmediatamente. La falta de notificación a Palco puede resultar en una factura de impuestos para usted u otros asuntos relacionados con el empleo de su empleador. Palco no es responsable de calcular o retener incorrectamente la paga debido a que usted no completó y presentó una nueva Hoja de Trabajo de Información de Nómina. Al firmar abajo, usted certifica que la información en este documento es correcta y entiende que tiene la carga de notificar a Palco inmediatamente de cualquier cambio en esta información, y usted exime a Palco de cualquier información incorrecta suministrada en este documento.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe este formulario a Conduent por correo electrónico a [docprocessing@conduent.com](mailto:docprocessing@conduent.com)  
o por fax: 866-302-6787**

<sup>1</sup> Si no está exento según lo indicado anteriormente, se le retendrán los impuestos correspondientes, incluido el FICA. Si no alcanza el umbral salarial anual del servicio doméstico del IRS para el año fiscal en curso, se le reembolsará el FICA en enero del año siguiente y su W-2 reflejará que no se retuvo el FICA.

<sup>2</sup> En la mayoría de los estados, la exención de la FUTA se aplicará también a la SUTA.

**Certificado de Retenciones del Empleado**  
 Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.  
**La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

**2025**

<b>Paso 1:</b> <b>Anote Su Información Personal</b>	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	<b>(b) Su número de Seguro Social</b>
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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

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

**Paso 2: Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan**

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

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

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

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

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

<b>Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos</b>	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional): Otros Ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).</b> Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

<b>Paso 5: Firma Aquí</b>	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	<b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).	<b>Fecha</b>	

<b>Para Uso Exclusivo del Empleador</b>	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
---	----------------------------------	-------------------------	--

## Instrucciones Generales

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

### Acontecimientos Futuros

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

### Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Si no se le retiene una cantidad suficiente, por lo general, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa. Si se le retiene demasiado, por lo general, recibirá un reembolso. Complete un Formulario W-4 nuevo cuando cambios a su situación personal o financiera modificaran las entradas en el formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo presentar un Formulario W-4 nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado).

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

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

**Cuándo usar el estimador de retención de impuestos.** Considere usar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) si usted:

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

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

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

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

## Instrucciones Específicas

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

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

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

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



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

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

### Paso 4 (opcional).

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

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

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

Formulario **W-4(SP)****Certificado de Retenciones del Empleado**

OMB No. 1545-0074

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.****2022****Paso 1:****Anote su información personal**

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

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

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

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

Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

- (a) Utilice el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](http://www.irs.gov/W4AppSP) para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4); **o**
- (b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada; **o**
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario . . . . . ▶

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

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

<b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de dependientes</b>	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . ▶ \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . ▶ \$ _____ Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo).</b> Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

**Paso 5:****Firme aquí**

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

▶ **Firma del empleado** (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).

▶ **Fecha**

**Para uso exclusivo del empleador**

Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
----------------------------------	-------------------------	--

## Instrucciones Generales

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

### Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados al Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite [www.irs.gov/FormW4SP](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 2022 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2021, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2022, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2021 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2021 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27a**, **28**, **29** y **30**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2022. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "*Exempt*" (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 15 de febrero de 2023.

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

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c). Si éste es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

**Cuándo usar el estimador de retención de impuestos.** Considere usar el estimador de retención de impuestos en [www.irs.gov/W4AppSP](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). Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado; o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

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

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

## Instrucciones Específicas

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

**Paso 2.** Utilice este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

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

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



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

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

### Paso 4 (opcional).

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

**Paso 4(b).** Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2022 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

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

# 2 FORMAS DE COBRAR AL INSTANTE

## 1

### Tarjeta Money Network

Palco se ha asociado con Money Network® Service, una de las mayores empresas de tarjetas del país, para ofrecer a los consumidores una tarjeta Money Network **GRATUITA**, la cual funciona igual que una tarjeta bancaria. Para ver más ventajas de la tarjeta Money Network, **consulte la página de la tarjeta Money Network**.

→ Puede utilizar su tarjeta Money Network en cualquier lugar donde se acepte Visa Debit® o Debit Mastercard®.

## 2

### Depósito directo

Un depósito directo transfiere fondos automáticamente a una cuenta bancaria existente. Esto significa que una vez que un trabajador vincula su cuenta electrónicamente, el dinero se depositará directamente en esa cuenta.

→ ¡Los trabajadores pueden recibir sus pagos directamente en cualquier cuenta bancaria de su elección!

¡El uso de estos métodos de pago en lugar de un cheque en papel garantiza que el trabajador reciba su pago el día de la paga en el momento en que los fondos estén disponibles! ¡No hay que preocuparse por los cheques en papel que se pierden en el correo o por tener que esperar en la cola del banco!

Inscríbese en el Depósito Directo o solicite su Tarjeta Money Network gratuita hoy mismo enviando un **Formulario de Selección de Pago**. Consulta el **Contrato de Selección de Pago y Autorización de Depósito** para obtener más detalles.

*Para garantizar un pago rápido y preciso, utiliza el portal de informes y hojas de control de horas en línea CONNECT de Palco para introducir el tiempo electrónicamente, sin errores, y enviarlo a Palco al instante. CONNECT le permite supervisar el proceso de presentación del tiempo desde el inicio hasta el pago.*

¿Tiene más dudas? Ponte en contacto con Palco!

Teléfono: 1-866-710-0456

 **PALCO**  
WWW.PALCOFIRST.COM

# Contrato de Selección de Pago y Autorización de Depósito Directo

**¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE LE PAGARAN? (por favor, seleccione sólo una opción)**

## OPCIÓN 1

Servicios de Money Network

\*Si elige la opción de servicios de red de dinero, Palco le inscribirá con nuestros socios de Fiserv: Servicios de Money Network. Fiserv le enviará una tarjeta Money Network en 1 ó 2 semanas y Palco comenzará a depositar los fondos directamente en la tarjeta. Active su tarjeta tan pronto como la reciba para empezar a utilizarla. Recibirá cheques en papel durante las 1-2 semanas que tarda en recibir su tarjeta.

## OPCIÓN 2

Depósito directo

Tipo de solicitud (marque una):

Creación de una nueva cuenta  Cambio en la cuenta existente  Cancelación

### INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO

Nombre completo del titular de la cuenta

ID o 4 últimos del NSS

Institución financiera

Número de ruta

Número de cuenta

Tipo de cuenta  
(seleccione una):

Cuenta corriente  Cuenta de ahorro  Tarjeta de prepago

**OBLIGATORIO** Se adjunta la siguiente documentación de validación:

- Cheque anulado con el nombre del titular de la cuenta impreso en el cheque. *El cheque no puede ser un cheque temporal*
- Documentación oficial de la entidad financiera con el nombre del titular de la cuenta, la cuenta y el número de ruta. Esto incluye las cartas de los bancos y la documentación de las tarjetas de prepago.

Autorizo a Palco, Inc. a iniciar depósitos y entradas de débito con el fin de corregir un depósito erróneo en la cuenta aquí indicada. En el caso de que Palco no pueda iniciar entradas de débito, autorizo el reembolso a Palco de futuras cantidades que se me deban. Entiendo que Palco no es responsable de ningún retraso o pérdida de fondos debido a información incorrecta o incompleta suministrada por mí o por mi institución financiera o debido a un error por parte de mi institución financiera al depositar fondos en mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad verificar el abono de fondos por parte de mi institución financiera antes de iniciar los débitos contra mi cuenta. Entiendo los riesgos de compartir una cuenta con otras personas, incluyendo mi empleador o trabajador. Palco no se hace responsable de los cargos en los que incurra mi institución financiera. Cualquier cambio en mi cuenta debe ser presentado a Palco inmediatamente. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que Palco haya recibido la cancelación por escrito en el tiempo y de la manera que permita a Palco y a todas las instituciones financieras apropiadas una oportunidad razonable para actuar sobre ella.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Por favor, envíe este formulario a Palco por correo electrónico: [enrollment@palcofirst.com](mailto:enrollment@palcofirst.com)  
 o por fax al 1.877.859.8757.



**Formulario de pago para participantes/autodirigidos de 2 semanas**

**FAX 1-866-302-6787**

¿Ha enviado este formulario por fax anteriormente (es un duplicado)?  Si  No Si es así, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Nombre del empleado:					ID# del empleado 4 últimos dígitos del número del seguro social del empleado			
Miembro/Participante:					¿Se trata de una corrección de un formulario anterior? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento del miembro/participante:					Fecha de inicio	Fecha de finalización		
Fecha	Hora de Entrada Circular AM o PM		Hora de Salida Circular AM o PM		Horas	Código de servicio	Servicios prestados (por favor, introduzca el detalle)	
<b>Semana 1</b>		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
	Total de horas de la semana 1 →						<b>No debe ser más de 40</b>	
	<b>Semana 2</b>		AM	PM	AM	PM		
			AM	PM	AM	PM		
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
		AM	PM	AM	PM			
Total de horas de la semana 2 →						<b>No debe ser más de 40</b>		
<b>Total de horas del Formulario (2 semanas) →</b>						<b>No debe ser más de 80</b>		

Los formularios iniciales deben enviarse para su pago en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha de servicio para cumplir con los requisitos de presentación oportuna. Las hojas de horas iniciales presentadas después de noventa (90) días desde la fecha de servicio serán rechazadas por no cumplir con los requisitos de presentación oportuna de Medicaid.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha Nombre impreso del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha Nombre impreso del empleador

# Cómo llenar un formulario de control de horas

Ejemplo:

Date	Time In Circle AM or PM	Time Out Circle AM or PM	Hours	Service Code	Services Provided (Please enter)
Week 1 04-23-11	AM 8:00 PM	AM 11:30 PM	3.5	99509	Prepared meals, went grocery shopping, ADLs, cleaned house.
	AM 3:00 PM	AM 5:00 PM	2.0	99509	
04-24-11	AM 9:00 PM	AM 12:00 PM	3.0	99509	Prepared meals, laundry, shopping, went to pharmacy.
	AM PM	AM PM			
Total Hours for Week 1 →			8.5	Must not be over 40	

1. Debe llenar "Tiempo de entrada", "Tiempo de salida", "Horas", "Código de servicio" y "Servicios prestados", y marcar con un círculo am/pm.
2. Escriba claramente. Todas las columnas deben ser completadas.
3. El empleado debe firmar y escribir su nombre en el espacio provisto y entregarlo a su Empleador.
4. El empleador debe firmar y escribir su nombre en el espacio proporcionado y enviarlo por FAX al número que aparece en la parte superior del formulario de hoja de horas.
5. El formulario de horas incompletas no será procesado y será devuelto al Empleador.
6. No envíe formularios de horas por más de 40 horas de trabajo por semana.
7. En el espacio "Servicios prestados", describa brevemente las actividades realizadas ese día para apoyar los resultados del SSP del afiliado/participante.

Para obtener más información sobre la cumplimentación de las hojas de control de horas, consulte el "Manual para la cumplimentación de los formularios de control de horas".

CÓDIGOS DEL SERVICIO DE EXENCIÓN DEL PARTICIPANTE/AUTODIRIGIDO (para los empleados)

SERVICIO DE EXENCIÓN DEL PARTICIPANTE/AUTODIRIGIDO	CÓDIGO <sup>1</sup>
Apoyo Directo a la Comunidad/Navegación <sup>2</sup>	H2021
Apoyo al empleo (incluye preparador laboral)	T2019
Ama de casa/Apoyo directo	99509
Respiro - Estándar	T1005SD
Tiempo de transporte <sup>3</sup>	T2007

1 Todos los códigos disponibles para Mi Vía

2 No disponible para Autodirigido ("Self-Direction")

3 No disponible para la Exención de Apoyos

Por favor, consulte la política del programa para los requisitos específicos del proveedor en

[http://www.hsd.state.nm.us/mad/pdf\\_files/provman/prov83146.pdf](http://www.hsd.state.nm.us/mad/pdf_files/provman/prov83146.pdf)

o llame al Servicio de Ayuda al Participante/Autodirección: 1-800-283-4465

**Hoja de MILLAJE del empleado autodirigido ("Self-Direction") de 2 semanas FAX 1-866-302-6787**

Nombre del conductor (empleado):				Número de ID del empleado (4 últimos dígitos del # de la seguro social del empleado)			
Miembro/Participante:				¿Es una corrección de una hoja de millaje anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de nacimiento del miembro:		Código de servicio: T2049		Fecha de inicio del período de pago		Fecha de finalización del período de pago	
Año del vehículo		Modelo de vehículo		Nº de licencia de conducir		Nº de placa	
Fecha	Ubicación (Desde)	Ubicación (Hasta)	Contador de millas Inicio	Contador de millas Fin	Total de millas	Propósito del viaje	
<b>Semana 1</b>							
Total de millas por semana 1 →							
<b>Semana 2</b>							
Total de millas por semana 2 →							
<b>Total de millas para el período de pago (2 semanas) →</b>							

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del empleador (EOR)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del empleado**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del empleador (EOR)**