



Edificio Administrativo
2112 Carretera Utica-Sellersburg
Jeffersonville, Indiana 47130

RECURSOS HUMANOS Teléfono: (812) 283-0701 Fax: (812) 288-4880

Enhorabuena por tu oferta de empleo con contingencias con ¡Escuelas del Gran Condado de Clark!

Antes de ser aprobado por la Junta Directiva Escolar como nuevo empleado, deberá completar la documentación de Recursos Humanos y tener los resultados de una verificación de antecedentes penales y una prueba de detección de drogas/alcohol (si lo requiere el puesto). Esta información se explicará durante una cita de nuevo empleado con el Departamento de Recursos Humanos.

Comuníquese con Recursos Humanos para programar su cita de nuevo empleado al (812) 288-4802, ext. 50147 lo antes posible.

***Antes de su cita de nuevo empleado, imprima y complete el formulario formularios adjuntos. Además de los formularios completos, traiga consigo los siguientes elementos:

- Licencia de conducir
- tarjeta de seguridad social
- \$15 en cambio exacto o un cheque de tu historial criminal (no aceptamos tarjetas de crédito). Si se requiere una prueba de detección de drogas/alcohol para el puesto, también deberá traer \$15 para eso.
- Cheque anulado para depósito directo
- Diploma/expediente académico de escuela secundaria o expediente académico universitario
- Para Puestos Certificados – Copia de Licencia Docente

***Es muy importante tener toda la información con usted al momento de su reunión.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Recursos Humanos utilizando el número que figura arriba.

¡Esperamos conocerte pronto!

**ESCUELAS DEL GRAN CONDADO DE CLARK
OFERTA DE EMPLEO CON CONTINGENCIAS**

Esta oferta de empleo con las ESCUELAS DEL CONDADO DE GREATER CLARK (GCCS) está SUJETA A:

1. autorización en un control de antecedentes penales/autorización de seguridad;
2. prueba de licencia válida en el puesto designado por la Junta de Estándares Profesionales de Indiana; 3. pasar con

éxito una prueba de drogas y alcohol previa al empleo para puestos seleccionados (la firma constituye el consentimiento para someterse a la prueba); y
4. la aprobación del empleo por parte de la Junta Directiva Escolar de GCCS.

Esta sección debe ser completada por el Administrador/Supervisor

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ **POSICIÓN:**

_____ **FECHA DE OFERTA DE EMPLEO CON CONTINGENCIAS:**

_____ **Esta oferta transmitida por:**

FIRMA: _____ **CARGO: Director de Recursos Humanos FECHA:** _____

El abajo firmante reconoce la aceptación de esta oferta de empleo sujeta a las contingencias mencionadas anteriormente y acepta proporcionar la información solicitada. El abajo firmante también entiende que necesita adjuntar \$15 en pago por la parte del empleado de la Verificación de antecedentes penales.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **FECHA:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Para que se complete la verificación de antecedentes penales, proporcione la siguiente información: FECHA DE

NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

Enumere todos los lugares de residencia durante los últimos diez (10) años. Si necesita espacio adicional, utilice el reverso del formulario. Se debe proporcionar el número de calle completo, el nombre de la calle, la ciudad y el estado.

DIRECCIÓN _____ ACTUAL:
_____ RESIDENTE EN ESTA

DIRECCIÓN DE: _____ A: _____ DIRECCIÓN
ANTERIOR: _____

RESIDENTE EN ESTA DIRECCIÓN DE: _____ A: _____

DIRECCIÓN _____ ANTERIOR:
_____ RESIDENTE EN

ESTA DIRECCIÓN DE: _____ A: _____

Referencia de la política de la Junta: Política 3121/4121

Declaración: Para proteger a los estudiantes y miembros del personal, la Junta Escolar requiere una investigación sobre la información personal breconocimiento de cada solicitante que el Superintendente recomienda para empleo en la Corporación Escolar. La condena por un delito no es un impedimento automático para el empleo. El distrito considerará la naturaleza de la infracción, la fecha de la infracción y la relación entre la infracción y el puesto para el que está solicitando.

Revisado: 27 de junio de 2022



Verificación de elegibilidad laboral
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicios de ciudadanía e

inmigración de EE. UU.
USCIS
Formulario I-9
 OMB No.1615-0047 Vence el 31/07/2026

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados al completar este formulario. Los empleadores son responsables del incumplimiento de los requisitos para completar este formulario. Vea a continuación y el [Instrucciones](#).

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

Sección 1. Información y certificación del empleado: Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 a más tardar el **primer día de empleo**, no sin antes aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Apellido) Nombre (Nombre de pila) Inicial del segundo nombre (si corresponde) Otros apellidos utilizados (si corresponde)

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--|---------------------------------|---------------|
| Dirección (número de calle y nombre) | | Apto. Número (si lo hubiera) | Ciudad o Pueblo | | Estado | Código postal |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Número de Seguro Social de EE. UU. | Dirección de correo electrónico del empleado | | | Número de teléfono del empleado | |
| Soy consciente de que la federal prevé penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o la uso de documentos falsos, en relación con la cumplimentación de este formulario. Doy fe, bajo juramento, de que esta información, incluida mi selección de la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus migratorio, es verdadera y correcta. | Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus migratorio (consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones): 1. Un ciudadano de los Estados Unidos | | | | | |
| | 2. Un ciudadano no ciudadano de los Estados Unidos (consulte las instrucciones). | | | | | |
| | 3. Un residente permanente legal (ingrese USCIS o A-Number). | | | | | |

de perjurio, que esta información, incluida mi selección de la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus migratorio, es verdadera y correcta.

si lo compruebas **Artículo número 4.**, ingrese uno de estos:

4. Un no ciudadano (que no sea **Números de artículo 2.** y **3.** arriba) autorizado para trabajar hasta (fecha de vencimiento, si corresponde)

Número A de USCIS **Número de admisión del formulario I-94** **Número de pasaporte extranjero y país de emisión**

Firma del empleado Fecha de hoy (dd/mm/aaaa)

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la **Sección 1**, esa persona **DEBE** completar el [Certificación de preparador y/o traductor](#) en la página 3.

Sección 2. Revisión y verificación del empleador: Los empleadores o su representante autorizado deben completar y firmar **Sección 2** dentro de los tres días hábiles posteriores al primer día de empleo del empleado, y debe examinar físicamente, o examinar de acuerdo con un procedimiento alternativo autorizado por el Secretario del DHS, la documentación de la Lista A O una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en el cuadro Información adicional; ver Instrucciones.

Lista A o Lista B Y Lista C

| | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| Título del documento 1 | | | |
| La autoridad emisora | | | |
| Número de documento (si corresponde) | | | |
| Fecha de vencimiento (si corresponde) | | | |
| Título del documento 2 (si corresponde) | información adicional | | |
| | | | |

La autoridad emisora

Número de documento (si corresponde)

Fecha de vencimiento (si corresponde)

| | |
|---|--|
| Título del documento 3 (si corresponde) | |
|---|--|

La autoridad emisora

Número de documento (si corresponde)

Fecha de vencimiento (si corresponde)

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

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la

documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación mencionada anteriormente parece ser genuina y estar relacionada con el empleado mencionado, y (3) a mi leal saber y entender, el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos.

Primer día de empleo (dd/mm/aaaa):

Apellido, nombre y cargo del empleador o representante autorizado Firma del empleador o representante autorizado Fecha de hoy (dd/mm/aaaa)

Nombre de la empresa u organización del empleador Dirección de la empresa u organización del empleador, ciudad o pueblo, estado, código postal

Para volver a verificar o volver a contratar, complete [Suplemento B, Reverificación y Recontratación](#) en la página 4.

Formulario I-9 Edición 01/08/23 Página 1 de 4

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

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

*Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes. Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A o

una

combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C. **Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para empleadores (M-274).**

| LISTA A | empleo | LISTA B | Documentos que establecen |
|--|--|--|---|
| Documentos que establecen la identidad como la autorización | | Documentos que establecen la identidad | empleo Autorización Y |
| | | LISTA C | |
| 1. Pasaporte estadounidense o tarjeta de pasaporte estadounidense | | posesión periférica de los Estados Unidos | |
| Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o | | 1. Una tarjeta de Número de Cuenta del Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya uno de los siguientes | |
| 2. Tarjeta de residente permanente o tarjeta de recibo de registro de extranjero (formulario I-551) | siempre que contenga una fotografía o información como nombre, fecha de nacimiento, sexo, altura, color de ojos y dirección | ojos y dirección. restricciones: | (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO |
| 3. Pasaporte extranjero que contenga un sello temporal I-551 o una notación impresa temporal I-551 en una visa de inmigrante legible por máquina | 2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información como nombre, fecha de nacimiento, sexo, altura, color de | | (2) VÁLIDO PARA TRABAJO SÓLO CON AUTORIZACIÓN DEL INS |
| 4. Documento de autorización de empleo | que contenga una fotografía (Formulario I-766) | 2. Certificación de acta de nacimiento emitida por el | (3) VÁLIDO PARA TRABAJO SÓLO CON AUTORIZACIÓN DHS |
| 3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía. | 5. Para una persona | de su estatus o libertad condicional: | |
| autorizada temporalmente a trabajar para un empleador específico porque | 4. Tarjeta de registro de elector | 3. Original o copia certificada del acta de | |
| Departamento de Estado (formularios DS-1350, FS-545, FS-240) | nacimiento | obligatorio | |
| a. Pasaporte extranjero; y | 5. Tarjeta militar de EE. UU. o | 6. Tarjeta de | |
| b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: | registro de servicio militar | identificación de dependiente | |

militar

Costera de EE. UU.

Estados Unidos que lleve un sello oficial

7. Tarjeta de marino mercante de la Guardia

emitido por un estado, condado, municipal autoridad o territorio de los I-197)

4. Documento tribal nativo americano

- (1) El mismo nombre que el pasaporte; y
- (2) Un respaldo del estatus del individuo o libertad condicional siempre que ese período de

8. Documento tribal nativo americano 6. Tarjeta de Identificación para Uso de Residente

5. Tarjeta de identificación de ciudadano estadounidense (formulario

Ciudadano en los Estados Unidos (Formulario I-179) 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad del gobierno canadiense.

el respaldo aún no ha caducado y la propuesta el empleo no está en conflicto con cualquier restricción o limitaciones identificadas en el formulario.

enumerados arriba:

Acceptables

10. Registro escolar o boleta de calificaciones

11. Registro clínico, médico u hospitalario.

12. Registro de guardería o escuela

7. Documento de autorización de empleo emitido por el Departamento de Patria Seguridad

6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM) o la República de las Islas Marshall (RMI) con el Formulario I-94 o el Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrantes bajo el Pacto de Libre Asociación entre los Estados Unidos y los FSM o RMI.

infantil **Recibos**

Para ejemplos, ver [Sección 7](#) y [Sección 13](#) de la M-274 en uscis.gov/i-9-central.

El Formulario I-766, Empleo Documento de Autorización, es una Lista A, **Artículo número 4.** documento, no un documento de la Lista C.

Para personas menores de 18 años que no puedan presentar un documento

Puede presentarse en lugar de uno de los documentos enumerados anteriormente por un período temporal. Para fechas de validez de recibos consultar el M-274.

Lista C perdido, robado o dañado.

- Recibo de reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado.
- Formulario I-94 emitido a una persona legal residente permanente que contenga un sello I-551 y una fotografía del individuo.

- Formulario I-94 con notación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.

- Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado.
- Recibo de reemplazo de un documento de la

*Consulte la página Extensiones de autorización de empleo en [I-9 central](#) para más información.

Suplemento A, Certificación de preparador y/o traductor para la Sección 1



Departamento de Seguridad Nacional

Formulario I-9 Edición 01/08/23 Página 2 de 4
Servicios de ciudadanía e inmigración de EE. UU.

USCIS Formulario I-9

Suplemento A OMB No. 1615-0047 Vence el 31/07/2026

Apellido (*Apellido*) de **Sección 1**. Nombre de pila (*Nombre de pila*) de **Sección 1**. Inicial del segundo nombre (si corresponde) de **Sección 1**.

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

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

Firma del preparador o traductor Fecha (*mm/dd/aaaa*)

Apellido (*Apellido*) Nombre de pila (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre (*si corresponde*) DIRECCIÓN (*Número de calle y nombre*) Ciudad o

Pueblo Estado Código Postal

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

Firma del preparador o traductor Fecha (*mm/dd/aaaa*) Apellido (*Apellido*) Nombre de pila (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre (*si*

corresponde)

DIRECCIÓN (*Número de calle y nombre*) Ciudad o Pueblo Estado

Código postal

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

Firma del preparador o traductor Fecha (*mm/dd/aaaa*) Apellido (*Apellido*) Nombre de pila (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre (*si*

corresponde)

DIRECCIÓN (*Número de calle y nombre*) Ciudad o Pueblo Estado

Código postal

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


Firma del preparador o traductor Fecha (*mm/dd/aaaa*) Apellido (*Apellido*) Nombre de pila (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre (*si*

corresponde)

DIRECCIÓN (*Número de calle y nombre*) Ciudad o Pueblo Estado

Código postal

Formulario I-9 Edición 01/08/23 Página 3 de 4

Suplemento B,
**Reverificación y
recontratación
(anteriormente Sección**

3)

Departamento de Seguridad Nacional
Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.
UU.
USCIS
Formulario I-9

Apellido (*Apellido*) de Sección 1. Nombre de pila (*Nombre de pila*) de Sección 1. Inicial del segundo nombre (si corresponde) de Sección 1.

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Utilice esta página únicamente si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de los tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal. Ingrese el nombre del empleado en los campos de arriba. Utilice una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Mantenga esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Se puede encontrar orientación adicional en el [Manual para empleadores: Guía para completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#)

Fecha de recontratación (*si corresponde*) Nuevo nombre (*si corresponde*)
Fecha (*dd/mm/aaaa*) Apellido (*Apellido*) Nombre (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre

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

Título del documento
Número de documento (si corresponde) Fecha de vencimiento (si corresponde) (*dd/mm/aaaa*)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que hasta donde yo sé, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documentación, la documentación que examiné parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del empleador o representante autorizado Firma del empleador o representante autorizado Fecha de hoy (*mm/dd/aaaa*)

Información adicional (Iniciales y fecha de cada notación). Marque aquí si utilizó un procedimiento alternativo autorizado por el DHS para examinar los documentos.

Fecha de recontratación (*si corresponde*) Nuevo nombre (*si corresponde*)
Fecha (*dd/mm/aaaa*) Apellido (*Apellido*) Nombre (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre

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

Título del documento
Número de documento (si corresponde) Fecha de vencimiento (si corresponde) (*dd/mm/aaaa*)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que hasta donde yo sé, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documentación, la documentación que examiné parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del empleador o representante autorizado Firma del empleador o representante autorizado Fecha de hoy (*mm/dd/aaaa*)

Información adicional (Iniciales y fecha de cada notación). Marque aquí si utilizó un procedimiento alternativo autorizado por el DHS para examinar los documentos.

Fecha de recontratación (*si corresponde*) Nuevo nombre (*si corresponde*)
Fecha (*dd/mm/aaaa*) Apellido (*Apellido*) Nombre (*Nombre de pila*) Inicial del segundo nombre

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

Título del documento Número de documento (si corresponde) Fecha de vencimiento (si corresponde) (*dd/mm/aaaa*)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que hasta donde yo sé, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documentación, la documentación que examiné parece ser genuina y estar relacionada con la persona que la presentó.

Nombre del empleador o representante autorizado Firma del empleador o representante autorizado Fecha de hoy (*mm/dd/aaaa*)

Información adicional (Iniciales y fecha de cada notación). Marque aquí si utilizó un procedimiento alternativo autorizado por el DHS para examinar los documentos.



Oficina de Nómina
Edificio Administrativo
2112 Carretera Utica-Sellersburg
Jeffersonville, Indiana 47130

Teléfono: (812) 288-4802
Fax: (812) 288-4880

Personal de GCCS:

Muchos de ustedes han presentado y completado su declaración de impuestos, lo cual siempre es un buen momento para asegurarse de que su formulario W-4 sea correcto. Como la mayoría de ustedes saben, el formulario W-4 dicta la cantidad de impuestos federales que su empleador retiene en cada nómina. Estos fondos se transfieren al IRS después de cada nómina y se retienen hasta que presente una declaración el año siguiente. Con esta comunicación, espero aclarar parte de la confusión en torno al nuevo formulario W-4. Sé que es mucha información, pero valdrá la pena invertir tiempo para garantizar que sus impuestos estén donde usted desea.

En 2018 se produjeron cambios importantes en las leyes fiscales y el correspondiente formulario W-4 (actualizado en 2020). Durante décadas, el "antiguo" formulario W-4 completado por empleados individuales se centraba en la cantidad de asignaciones reclamadas, junto con el estado civil, por lo que muchas personas se familiarizaron con frases como "soltero que reclama 2" o "casado que reclama 4", etc. El nuevo formulario W-4, vigente en enero de 2020, no solicita la cantidad de asignaciones de un individuo. Una cosa importante que hay que recordar es que, según la ley fiscal revisada, las desgravaciones tienen un valor fiscal nulo. En cambio, el nuevo formulario brinda algunas oportunidades nuevas para presentar mejor su estado de retención. Estas oportunidades mejoradas incluyen:

- Para que las personas calculen con mayor precisión su retención, en función de su estado civil para efectos de la declaración (soltero, casado y nuevo estado civil de "cabeza de familia")
- La oportunidad de aumentar la retención en "parejas de 2 asalariados",
- Oportunidades adicionales para reducir la retención de impuestos federales de un empleado basada en el impuesto por hijos y los créditos fiscales por dependientes (que nuevamente no son lo mismo que las desgravaciones en el formulario anterior), créditos fiscales por educación y deducciones que exceden la "deducción estándar".

Para asegurarse de que esto no lo sorprenda nuevamente, tómese unos minutos para asegurarse de que sus retenciones de impuestos federales estén donde desea que estén cada año.

A continuación se muestran algunos pasos que realicé yo mismo para garantizar que mis

retenciones de impuestos federales fueran precisas. [Estimador de impuestos federales del IRS:](#)

1. Inicie sesión en Skyward y use la flecha desplegable en la página de inicio para hacer clic en "Acceso de empleado". Luego haga clic en "Información del empleado" y luego en "Información W-4" para determinar su estado de retención actual.

2. El IRS proporciona una herramienta que calcula cuánto debe ser su retención de impuestos federales, basándose en una serie de preguntas utilizando este enlace:

<https://apps.irs.gov/app/tax-withholding-estimator>

3. Vuelva a la pestaña "Información del empleado" de Skyward y haga clic en "Verificar historial". Esto mostrará su último recibo de sueldo, que muestra los salarios brutos y las retenciones federales. por pago que el estimador de impuestos requiere que usted ingrese. También debería ver un botón en la pantalla "Historial de cheques" en el extremo derecho que dice "Mostrar cheque con montos hasta la fecha". Esto proporcionará los montos del año hasta la fecha que el estimador de impuestos requiere que ingrese.

4. Una vez que responda todas las preguntas en la herramienta de estimación de impuestos, le proporcionará un reembolso de impuestos estimado o el impuesto adeudado. Utilice esta información para determinar cómo revisar su W-4, si es necesario.

Consejos W-4:

1. El paso 2 es MUY importante. Si tiene varios trabajos O si su cónyuge también trabaja, preste mucha atención a esta sección. La mayoría de las parejas casadas que tienen uno o ambos cónyuges en el nuevo formulario probablemente deban marcar la casilla. El escenario más común es el de una pareja casada que presenta una declaración conjunta. Cuando los salarios se combinan en una declaración de impuestos, a menudo se elevan ambos conjuntos de ingresos a una categoría impositiva más alta. Si no estás considerando esto en tus retenciones, entonces es probable que debas impuestos al final del año. Por lo tanto, si su cónyuge trabaja, es posible que deba marcar la casilla 2(c). y haz que tu cónyuge haga el mismo en su W-4. Si ambos tienen salarios similares, esto debería ser suficiente. Si un salario es significativamente más alto, es posible que también deba solicitar retenciones adicionales en el Paso 4(c) del formulario W-4. Si su cónyuge tiene más de un trabajo, la página 3 del formulario W-4 tiene una hoja de trabajo de múltiples trabajos que lo guiará a través de ese escenario.

2. Paso 3: consulte las instrucciones al final del Paso 2. Para aquellos que se declaran casados, solo deben completar los Pasos 3 y 4 en un W-4, que es el trabajo mejor remunerado. Si está casado, solo reclame los dependientes en el Paso 3 ya sea en su W-4 O en el W-4 de su cónyuge, pero no ambos.

- Ingrese el número de hijos dependientes que tendrán menos de 17 años de edad al 31/12/2022 y multiplíquelo por el monto del crédito tributario por hijos de \$2,000 por hijo. Luego, ingrese la cantidad de "otros dependientes" que sean niños de 17 años o más y otras personas que usted reclame como dependientes (padres, sobrinas a quienes mantiene, hijos de crianza, etc.), y multiplíquelo por \$500. Tenga en cuenta que ambos son impuestos. créditos y no impuestos subsídios. Créditos fiscales reduzca su obligación tributaria, dólar por dólar.

3. Si prefiere ver un reembolso de sus impuestos federales, asegúrese de utilizar el estimador de impuestos federales para determinar cuánta retención adicional debe registrar en el Paso 4(c) del W-4.

Si necesita realizar cambios en su W-4, se adjunta el formulario. Si tiene preguntas, comuníquese con Ashley Forsee en la ext. 50152, o aforsee@gccschools.com. Si desea entregar su formulario revisado, envíelo a Whitney Connell al wconnnell@gccschools.com. o enviarlo a Recursos Humanos a través del pony.

Tenga en cuenta que no soy un contador fiscal. NO PODEMOS asesorarlo sobre su situación fiscal personal, pero estoy esperando que los consejos anteriores le ayuden. Si sus impuestos son más complicados que esto, le recomendaría que consulte con un contador que pueda aconsejarle cómo completar su W-4.

federal sobre la renta correcto. Entregue el formulario W-4 a su empleador.

Paso 1:
Ingresar
Información personal

(c) Soltero o Casado que presenta su declaración por separado
Casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente calificado
(b) Número de seguro social

Su retención está sujeta a revisión por parte del IRS.

| | |
|---|-----------------------------|
| (a) Nombre e inicial del segundo no | (b) Número de seguro social |
| DIRECCIÓN | |
| Ciudad o pueblo, estado y código postal | |

¿Su nombre coincide con el nombre que figura en su tarjeta de seguro social? De lo contrario, para asegurarse de obtener crédito por sus ganancias, comuníquese con la SSA al 800-772-1213 o visite www.ssa.gov.

OMB No. 1545-0074 **2025**

Jefe de familia (marque solo si no está casado y paga más de la mitad de los costos de mantener una casa para usted y una persona calificada).

CONSEJO: Considere usar el estimador en www.irs.gov/W4App para determinar la retención más precisa para el resto del año si: completa este formulario después del comienzo del año; espere trabajar sólo una parte del año; o tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si está casado y presenta una declaración conjunta), dependientes, otros ingresos (no provenientes de trabajos), deducciones o créditos. Tenga a mano su(s) recibo(s) de pago más reciente de este año cuando utilice el estimador. A principios del próximo año, utilice nuevamente el estimador para volver a verificar su retención.

Complete los pasos 2 a 4 SÓLO si se aplican a usted; de lo contrario, vaya al Paso 5. Consulte la página 2 para obtener más información sobre cada paso, quién puede reclamar la exención de retención y cuándo usar el estimador en www.irs.gov/W4App.

Paso 2:

Múltiples trabajos o trabajos del cónyuge

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. El monto correcto de retención depende de los ingresos obtenidos de todos estos trabajos.

o su cónyuge tienen ingresos de trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o

(b) Utilice la Hoja de trabajo de trabajos múltiples en la página 3 e ingrese el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o (c) Si solo hay dos trabajos en total, puede marcar esta casilla. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro trabajo. Esta opción es generalmente más precisa que (b) si el salario en el trabajo peor pagado es más de la mitad del salario en el trabajo mejor pagado. De lo contrario, (b) es más exacto...

Haga sólo uno de los siguientes.

(a) Utilice el estimador en www.irs.gov/W4App para obtener la retención más precisa para este paso (y los Pasos 3 y 4). Si usted

Complete los pasos 3 a 4(b) del formulario W-4 solo para UNO de estos trabajos. Deje esos pasos en blanco para los otros trabajos. (Su retención será más precisa si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el trabajo mejor pagado).

Paso 3:

Afirmar

Créditos para dependientes y otros créditos

Si su ingreso total será de \$200,000 o

menos (\$400,000 o menos si está

casado y presenta una declaración

conjunta): Multiplicar el número de

hijos calificados menores de 17 años

por \$2,000 Multiplicar el número de

otros dependientes por \$500. . . . \$

Agregue los montos anteriores para

los hijos calificados y otros

dependientes. Puedes agregar a

| |
|---|
| 3 |
|---|

| |
|-------|
| 4(a) |
| 4(b) |
| 4c) |

Paso 4

(opcional):

Otro

Ajustes

Firmar

Aquí

este es el monto de cualquier otro crédito. Ingrese el total aquí
..... \$

(a) Otros ingresos (no provenientes de empleos). Si desea que se le retengan impuestos sobre otros ingresos que espera este año y que no tendrán retención, ingrese aquí el monto de otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos de jubilación \$

Paso 5:

(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones distintas a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de trabajo de deducciones en la página 3 e ingrese el resultado

aquí. \$

verdadero, correcto y completo. Firma del empleado (Este

(do) Retención adicional. Ingrese cualquier impuesto adicional

formulario no es válido a menos que usted lo firme). Fecha

que desee retener en cada período de pago .. \$ Bajo pena de

perjurio, declaro que este certificado, a mi leal saber y entender, es

Sólo empleadores

| |
|--|
| Nombre y dirección del empleador |
| Número de identificación del empleador (EIN) |

Para conocer el Aviso sobre la Ley de Privacidad y la Ley de Reducción de Trámites, consulte la página 3. Gato. Formulario N° 10220Q W-4 (2025)

Página del formulario W-4 (2025) 2

Instrucciones generales

Las referencias a las secciones son al Código de Rentas Internas a menos que se indique lo contrario.

Desarrollos futuros

Para obtener la información más reciente sobre los desarrollos relacionados con el Formulario W-4, como la legislación promulgada después de su publicación, vaya a www.irs.gov/FormW4.

Propósito del formulario

Complete el formulario W-4 para que su empleador pueda retener de su salario el impuesto federal sobre la renta correcto. Si se retiene muy poco, generalmente deberá pagar impuestos cuando presente su declaración de impuestos y es posible que deba una multa. Si se retiene demasiado, generalmente se le deberá reembolsar. Complete un nuevo Formulario W-4 cuando los cambios en su situación personal o financiera cambien las entradas del formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo debe presentar un nuevo Formulario W-4, consulte la Pub. 505, Retención de Impuestos e Impuesto Estimado.

Exención de retención. Puede reclamar la exención de retención para 2025 si cumple con las siguientes condiciones: no tenía obligación de impuestos federales sobre la renta en 2024 y

espera no tener obligación de impuestos federales sobre la renta en 2025. No tenía obligación de impuestos federales sobre la renta en 2024 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2024 es cero (o menos que la suma de

las líneas 27, 28 y 29), o (2) no estaba obligado a

!

Múltiples trabajos. Complete los pasos 3 al

presentar una declaración porque sus ingresos estaban por debajo del umbral de presentación para su estado civil correcto. Si solicita la exención, no se le retendrán impuestos sobre la renta de su cheque de pago y es posible que deba impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2025. Para reclamar la exención de retención, certifique que cumple con las dos condiciones anteriores escribiendo "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. Deberá enviar un nuevo Formulario W-4 antes del 17 de febrero de 2026.

Extranjero no residente. Si es un extranjero no residente, consulte el Aviso 1392, Instrucciones del formulario complementario W-4 para extranjeros no residentes, antes de completar este formulario.

Instrucciones específicas

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

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un trabajo al mismo tiempo, o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y tanto usted como su cónyuge trabajan. Envíe un formulario W-4 por separado para cada trabajo.

La opción (a) calcula con mayor precisión el impuesto adicional que debe retener, mientras que la opción (b) lo hace con un poco menos de precisión.

En cambio, si usted (y su cónyuge) tienen un total de sólo dos trabajos, puede marcar la casilla en la opción (c). La casilla también debe estar marcada en el Formulario W-4 para el otro trabajo. Si la casilla está marcada, los tramos impositivos y de deducción estándar se reducirán a la mitad para cada trabajo para calcular la retención. Esta opción es precisa para trabajos con salario similar; de lo contrario, se podrá retener más impuesto del necesario, y esta cantidad extra será mayor cuanto mayor sea la diferencia salarial entre los dos trabajos.

4(b) en un solo formulario W-4. La retención será más precisa si lo hace en el Formulario W-4 para el trabajo mejor remunerado.

Tu privacidad. Los pasos 2(c) y 4(a) solicitan información sobre los ingresos que recibió de fuentes distintas al trabajo asociado con este Formulario W-4. Si tiene dudas sobre cómo proporcionar la información solicitada en el Paso 2(c), puede elegir el Paso 2(b) como alternativa; Si tiene dudas sobre cómo proporcionar la información solicitada en el Paso 4(a), puede ingresar un monto adicional que desea retener por período de pago en el Paso 4(c) como alternativa.

Cuándo utilizar el estimador. Considere usar el estimador en www.irs.gov/W4App si usted:

1. Presentan este formulario después del comienzo del año; 2. Espere trabajar sólo una parte del año;
3. Tener 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. Recibir dividendos, ganancias de capital, seguridad social, bonificaciones o ingresos comerciales, o estar sujetos al Impuesto Adicional al Medicare o al Impuesto sobre la Renta Neta de Inversiones; o
5. Prefiera la retención más precisa para múltiples situaciones laborales.

CONSEJO: Tenga a mano sus recibos de pago más recientes de este año cuando utilice la calculadora para contabilizar el impuesto federal sobre la renta que ya se ha retenido este año. A principios del próximo año, utilice nuevamente el estimador para volver a verificar su retención.

Trabajo por cuenta propia. Generalmente, deberá pagar impuestos sobre la renta y sobre el trabajo por cuenta propia sobre cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia que reciba por separado de los salarios que reciba como empleado. Si desea pagar estos impuestos mediante la retención de su salario, utilice el estimador en www.irs.gov/W4App para calcular la cantidad a retener.

Paso 3. Este paso proporciona instrucciones para determinar el monto del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para calificar para el crédito tributario por hijos, el hijo debe tener menos de 17 años al 31 de diciembre, debe ser su dependiente que generalmente vive con usted durante más de la mitad del año y debe tener el número de seguro social requerido. Es posible que pueda reclamar un crédito para otros dependientes para quienes no se puede


reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para conocer requisitos de elegibilidad adicionales para estos créditos, consulte la Pub. 501, Dependientes, Deducción Estándar e Información de Presentación. También puede incluir otros créditos fiscales para los que sea elegible en este paso, como el crédito fiscal extranjero y los créditos fiscales por educación. Para hacerlo, agregue una estimación del monto del año a sus créditos para dependientes e ingrese el monto total en el Paso 3. Incluir estos créditos aumentará su cheque de pago y reducirá el monto de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

Paso 4(a). Ingrese en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año, si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún trabajo o trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), probablemente no tendrá que realizar pagos de impuestos estimados por ese ingreso. Si prefiere pagar impuestos estimados en lugar de que se le retengan impuestos sobre otros ingresos de su cheque de pago, consulte el Formulario 1040-ES, Impuesto estimado para individuos.

Paso 4(b). Ingrese en este paso el monto de la Hoja de trabajo de deducciones, línea 5, si espera reclamar deducciones distintas a la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2025 y desea reducir su retención para tener en cuenta estas deducciones. Esto incluye tanto las deducciones detalladas como otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las cuentas IRA.

Paso 4(c). Ingrese en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su salario en cada período de pago, incluido cualquier monto de la Hoja de trabajo de trabajos múltiples, línea 4. Ingresar un monto aquí reducirá su cheque de pago y aumentará su reembolso o reducirá cualquier monto de impuesto que adeude.

Página del formulario W-4 (2025) 3 Paso 2(b): Hoja de trabajo para trabajos múltiples (*Guárdelo para sus registros*).  Si elige la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4, complete esta hoja de trabajo (que calcula el impuesto adicional total para todos los trabajos) en solo UN Formulario W-4. La retención será más precisa si completa la hoja de trabajo e ingresa el resultado en el Formulario W-4 para el trabajo mejor remunerado. Para ser precisos, envíe un nuevo Formulario W-4 para todos los demás trabajos si no ha actualizado su retención desde 2019.

Nota: Si más de un trabajo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o hay más de tres trabajos, consulte la Pub. 505 para mesas adicionales; o puede utilizar el estimador de retenciones en línea en www.irs.gov/W4App.

1 Dos trabajos. Si tiene dos trabajos o está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge tienen cada uno un trabajo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Usando la fila "Trabajo con salario más alto" y la columna "Trabajo con salario más bajo", encuentre el valor en la intersección de los dos salarios del hogar e ingrese ese valor en la línea 1. Luego, pase a la línea 3..... 1
\$

2 Tres trabajos. Si usted y/o su cónyuge tienen tres trabajos al mismo tiempo, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, salte a la línea 3.

a Encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del trabajo mejor pagado en la fila "Trabajo mejor pagado" y los salarios anuales de su siguiente trabajo mejor pagado en la columna "Trabajo con salario más bajo". Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios del hogar. e ingrese ese valor en la línea 2a 2a \$

b Sume los salarios anuales de los dos trabajos mejor pagados de la línea 2a y use el total como los salarios en la fila "Trabajo con salario más alto" y use los salarios anuales para su tercer trabajo en la fila "Trabajo con salario más bajo". Pagando trabajo" para encontrar el monto en la tabla correspondiente en la página 4 e ingrese este monto en la línea 2b 2b \$ c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en

la línea 2c 2c \$

- 3 Ingrese el número de períodos de pago por año para el trabajo mejor remunerado. Por ejemplo, si ese trabajo paga semanalmente, ingrese 52; si paga cada dos semanas, ingrese 26; si paga mensualmente, ingrese 12, etc..... 3
- 4 Divida el monto anual en la línea 1 o línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Ingrese este monto aquí y en el Paso 4(c) del Formulario W-4 para el trabajo con el salario más alto (junto con cualquier otro monto adicional que desee retener) 4 \$

Paso 4(b): Hoja de trabajo de deducciones (*Guárdelo para sus registros*). 

- 1 Ingrese una estimación de sus deducciones detalladas de 2025 (del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios que califiquen, contribuciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan el 7.5% de sus ingresos.... 1 \$
- 2 Introduzca: { • \$30,000 si está casado y presenta una declaración conjunta o es un cónyuge sobreviviente calificado
 • \$15,000 si es soltero o casado y presenta una declaración por separado } 2 \$
 • \$22,500 si es cabeza de familia
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 e ingrese el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, ingrese “-0-” 3 \$
- 4 Ingrese una estimación de los intereses de su préstamo estudiantil, las contribuciones deducibles de la IRA y algunos otros ajustes (de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040)). Ver pub. 505 para más información.... 4 \$
- 5 Sume las líneas 3 y 4. Ingrese el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4 5 \$

Aviso sobre la Ley de Privacidad y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información de este formulario para llevar a cabo las leyes de Rentas Internas de los Estados Unidos. Las secciones 3402(f)(2) y 6109 del Código de Rentas Internas y sus regulaciones requieren que usted proporcione esta información; su empleador lo usa para determinar su ingreso federal retención de impuestos. Si no proporciona un formulario correctamente completado, se le tratará como una sola persona sin otras entradas en el formulario; Proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a sanciones. Los usos rutinarios de esta información incluyen entregarla al Departamento de Justicia para litigios civiles y penales; a ciudades, estados, el Distrito de Columbia y mancomunidades y territorios de EE. UU. para su uso en la administración de sus leyes tributarias; y al Departamento de Salud y Servicios Humanos para su uso en el Directorio Nacional de Nuevas Contrataciones. También podemos divulgar esta información a otros países bajo un tratado tributario, a agencias federales y estatales para hacer cumplir las leyes penales federales no tributarias,

o a agencias federales de inteligencia y aplicación de la ley para combatir el terrorismo.

No está obligado a proporcionar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites a menos que el formulario muestre un número de control válido de la OMB. Los libros o registros relacionados con un formulario o sus instrucciones deben conservarse mientras su contenido pueda llegar a ser material en la administración de cualquier ley de Rentas Internas. Generalmente, las declaraciones de impuestos y la información de la declaración son confidenciales, como lo exige la sección 6103 del Código.

El tiempo y los gastos promedio necesarios para completar y presentar este formulario variarán según las circunstancias individuales. Para conocer los promedios estimados, consulte las instrucciones de su declaración de impuestos.

Si tiene sugerencias para simplificar este formulario, estaremos encantados de escucharla. Consulte las instrucciones para su declaración de impuestos sobre la renta.



Formulario WH-4 Formulario estatal 48845 (R10 / 8-23)
estado de indiana

Certificado de exención de retención del empleado y estado del condado

Este formulario es para los registros del empleador. No envíe este formulario al Departamento de Ingresos. El formulario completo debe devolverse a su empleador.

Nombre completo _____ Número de Seguro Social o

ITIN _____ Dirección particular _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado de

residencia de Indiana al 1 de enero: _____ (Ver instrucciones)

Condado de Indiana de empleo principal a partir del 1 de enero: _____ (Ver instrucciones) Marque esta casilla si los cambios en los condados entran en vigencia para el próximo año calendario.

(Ver instrucciones)

Cómo reclamar sus exenciones de retención

1. Tiene derecho a una exención. Si desea reclamar la exención, ingrese “1”

..... **Extranjeros no residentes** debe omitir las líneas 2

a 8. Consulte las instrucciones

2. Si está casado y su cónyuge no reclama su exención, usted puede reclamarla, ingrese "1"..... 3. Se le permite una (1) exención por cada dependiente. Ingrese el número reclamado..... 4. Se permiten exenciones adicionales si: (a) usted y/o su cónyuge son mayores de 65 años y/o (b) si usted y/o su cónyuge son legalmente ciegos.

Marque casilla(s) para exenciones adicionales: Tiene 65 años o más o ciego El cónyuge tiene 65 años o más o ciego Ingrese el número total de casillas

marcadas..... 5. Sume las líneas 1, 2, 3 y 4. Ingrese el total aquí..... ▶ 6. Tiene derecho a reclamar una exención adicional por cada dependiente calificado (ver instrucciones) ▶ 7. Tiene derecho a reclamar una exención adicional por cada dependiente calificado reclamado por primera vez (ver instrucciones) ▶ 8. Tiene derecho a reclamar una exención adicional para cada dependiente calificado adoptado (consulte las instrucciones) ▶ 9. Ingrese el monto de retención estatal adicional (si corresponde) que desea retener en cada período de pago \$..... 10. Ingrese el monto de retención adicional del condado (si corresponde) que desea retener en cada período de pago \$..... Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas.

Firma: _____ Fecha: _____

Instrucciones para completar el formulario WH-4

Este formulario debe ser completado por todos los empleados residentes y no residentes que tengan ingresos sujetos al impuesto sobre la renta del estado y/o del condado de Indiana. Imprima o escriba su nombre completo, número de Seguro Social o ITIN y dirección particular. Ingrese su condado de residencia de Indiana y el condado de empleo principal al 1 de enero del año en curso. Si no vivió ni trabajó en Indiana el 1 de enero del año en curso, ingrese "no aplicable" en la(s) línea(s). Si se muda a (o trabaja en) otro condado después del 1 de enero, su estado de condado no cambiará hasta el siguiente año calendario. Marque la casilla si solicita un cambio a un condado de residencia o trabajo para el próximo año calendario. **Limitación de extranjería no residente.** A un extranjero no residente se le permite reclamar sólo una exención a efectos de retención de impuestos. Si es un extranjero no residente, ingrese "1" en la línea 1, luego pase a la línea 9. Se le considera un extranjero no residente si no es ciudadano de los Estados Unidos y no cumple con la prueba de tarjeta verde y la prueba de presencia sustancial (obtenga la Publicación 519 de www.irs.gov para obtener información sobre estas pruebas).

Todos los demás empleados deben completar las líneas 1 a 8.

Líneas 1 y 2: se le permite reclamar una exención para usted y otra para su cónyuge (si él/ella no reclama la exención para sí mismo). Si un padre o tutor legal lo reclama en su declaración de impuestos federales, aún puede reclamar una exención para fines de Indiana. No puede reclamar más que el número correcto de exenciones; sin embargo, se le permite reclamar una cantidad menor de exenciones si desea que se deduzcan retenciones adicionales.

Línea 3 - Exenciones de dependientes: Se le permite una exención para cada uno de sus dependientes según las pautas estatales. Para calificar como su dependiente, una persona debe recibir más de la mitad de su manutención de usted durante el año fiscal y debe tener menos de \$4,400 de ingreso bruto durante el año fiscal (a menos que la persona sea su hijo y (1) sea menor de 19 años o (2) sea menor de 24 años y sea estudiante de tiempo completo en una institución educativa calificada durante al menos 5 meses del año fiscal). Línea 4 - Exenciones Adicionales. También se le permite una exención para usted y/o su cónyuge si tiene 65 años o más y/o es ciego. Línea 5: Sume el total de exenciones reclamadas en las líneas 1, 2, 3 y 4. Ingrese el total en el cuadro provisto.

Línea 6 - Exenciones de Dependientes Adicionales. Se permite una exención adicional para ciertos hijos dependientes que están incluidos en la línea 3. El hijo dependiente debe ser un hijo, hijastro, hija, hijastra, hijo de crianza y/o niño de quien usted es tutor legal. El dependiente debe ser menor de 19 años o debe ser menor de 24 años y ser estudiante de tiempo completo en una institución educativa calificada durante al menos 5 meses del año contributivo.

Línea 7 - Exención Adicional Reclamada por Primera Vez. Si se reclama una exención de dependiente adicional en la Línea 6 para uno o más hijos por primera vez, ingrese la cantidad de hijos para los que está reclamando. Esta exención es válida solo para el año calendario en el que se presenta el WH-4 que reclama la exención. Si reclama esto en varios años fiscales, DEBE presentar un nuevo WH-4 cada año para el cual reclama esta exención. No reclame esta exención si el hijo era elegible para la exención de dependiente adicional en cualquier año anterior, independientemente de si se reclamó la exención. Esto incluye casos en los que el niño era elegible para la exención de dependiente adicional antes de 2023. Esto también incluye casos en los que el niño era elegible para que otra persona reclamara la exención de dependiente adicional.

Línea 8 - Exenciones Adicionales para Dependientes Adoptadas. Se permite una exención adicional para ciertos hijos dependientes que estén incluidos en las líneas 3 y 6 y hayan sido adoptados por usted o su cónyuge. El hijo dependiente debe ser hijo, hijastro, hija o hijastra. El dependiente debe ser menor de 19 años o debe ser menor de 24 años y tener un hijo completo. tiempo estudiante en una institución educativa calificada durante al menos 5 meses del año contributivo. Líneas 9 y 10: si desea que se retenga una cantidad adicional de su salario en cada período de pago, ingrese la cantidad en la línea proporcionada. **NOTA:** Una entrada en esta línea no obliga a su empleador a retener el monto. Usted todavía es responsable de cualquier impuesto adicional adeudado al final del año fiscal. Si el empleador retiene el monto adicional, debe presentarlo junto con la retención regular de impuestos

estatales y del condado.

Puede presentar un nuevo Formulario WH-4 en cualquier momento si el número de exenciones **aumenta**. Debe presentar un nuevo Formulario WH-4 dentro de los 10 días si la cantidad de exenciones reclamadas anteriormente por usted **disminuye** por cualquiera de las siguientes razones:

(a) se divorcia (o está legalmente separado de) su cónyuge por quien ha estado reclamando una exención o su cónyuge se reclama a sí mismo en un formulario WH-4 separado; (b) otra persona se hace cargo de la manutención de un dependiente que usted reclama o usted ya no proporciona más de la mitad de la manutención de la persona durante el año fiscal; o (c) un dependiente ya no califica para una exención de dependiente adicional o de dependiente adoptado.

Se imponen sanciones por proporcionar voluntariamente información falsa o información que reduciría la exención de retención.

Anexo A de las Políticas 7540 y 7540.04

“Uso Aceptable de Telecomunicaciones”

Escuelas del Gran Condado de Clark Internet y Red Acuerdo de uso aceptable para empleados

Formulario de autorización y liberación de acceso

Greater Clark County School Corporation se complace en ofrecer a sus empleados acceso a Internet, una autopista de información electrónica que conecta computadoras y usuarios de todo el mundo. Esta tecnología informática se proporciona con un propósito educativo limitado, para permitir que los estudiantes y empleados realicen investigaciones y para facilitar la comunicación profesional tanto dentro de la corporación como entre empleados y otros profesionales fuera de la corporación.

Los empleados deben tener en cuenta que algunos materiales accesibles a través de Internet pueden contener elementos ilegales, difamatorios, inexactos o potencialmente ofensivos para algunas personas. Además, es posible adquirir determinados bienes y servicios a través de Internet, lo que podría dar lugar a obligaciones financieras no deseadas de las que el empleado podría ser responsable.

Si bien la intención de Greater Clark County School Corporation es hacer que el acceso a Internet esté disponible para promover las metas y objetivos educativos, los empleados y estudiantes también pueden encontrar formas de acceder a otros materiales. Incluso si la Corporación instituye métodos o sistemas técnicos para regular el acceso a Internet de los estudiantes, esos métodos pueden no garantizar el cumplimiento de la Política de Uso Aceptable de la Corporación. Sin embargo, la Corporación cree que los beneficios para los empleados y estudiantes del acceso a Internet superan cualquier desventaja.

Los empleados deben comprender que el acceso es un privilegio, no un derecho, y que a cualquier usuario identificado como un riesgo de seguridad o que tenga un historial de violaciones de seguridad en este u otros sistemas informáticos se le negará el acceso a esta red. Se instalará software de seguridad en todas las computadoras que estén conectadas a la red y en las áreas donde el acceso de los estudiantes sea posible. Se espera que los miembros del personal a quienes se les haya confiado la contraseña de seguridad del edificio utilicen la información de manera responsable y la mantengan confidencial en todo momento. Un acto de eludir intencionalmente el software de seguridad puede considerarse motivo de acción disciplinaria.

He leído y entiendo el **Política de uso aceptable de los servicios de telecomunicaciones de las escuelas del condado de Greater Clark**. Acepto cumplir con la política, los estándares, las reglas y las pautas contenidas en ellos y cualquier otra directiva o pautas del personal de la escuela. Entiendo que si violo las reglas, puedo enfrentar medidas disciplinarias.

Por la presente libero al distrito, su personal y cualquier institución a la que esté afiliado de todos y cada uno de los reclamos y daños de cualquier naturaleza que surjan de mi uso o incapacidad de usar el sistema de información de Greater Clark County Schools Corporation, incluidos, entre otros, reclamos que puedan surgir del uso no autorizado del sistema para comprar productos o servicios.

Nombre

del empleado (en letra de molde) Escuela/Oficina

_____ Firma
del empleado Fecha



Página 1 de 1

Edificio Administrativo
2112 Carretera Utica-Sellersburg
Jeffersonville, Indiana 47130

RECURSOS HUMANOS Teléfono: (812) 283-0701 Fax: (812) 288-4880

Escuelas del Gran Condado de Clark
Hoja de información de emergencia confidencial

Nombre: Número de teléfono: Dirección:

Persona capaz de tomar decisiones de emergencia:

Relación: Número de teléfono: Dirección:

Lugar de empleo: Número de teléfono: Segundo contacto de
emergencia:

Relación: Número de teléfono: Médico (opcional): Número de teléfono: Otra
información que considere importante en una emergencia médica:

Las hojas de Información Confidencial se mantendrán en el expediente personal de los empleados.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

_____ TRF (solo miembros del personal certificado): _____ TRF MyChoice: _____ PERF (solo miembros del personal clasificado): _____
PERF MyChoice: _____

| PERSONAL INFORMATION (please print clearly using black or blue ink) | |
|---|-------------------------------|
| NAME: _____ | SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ |
| ADDRESS: _____ | APT: _____ |
| CITY: _____ | STATE: _____ ZIP CODE: _____ |
| DAY PHONE: _____ | EVENING PHONE: _____ |
| EMAIL: _____ | |
| DATE OF BIRTH: ____/____/____ | PENSION ID: _____ |

Las Escuelas del Condado de Greater Clark ayudarán a los empleados elegibles a inscribirse en el sistema de jubilación del INPRS; sin embargo, los empleados deben comunicarse con el INPRS directamente para designar a los beneficiarios.

ESCUELAS DEL GRAN CONDADO DE CLARK

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Mi firma a continuación reconoce que me han informado que las políticas, los procedimientos y el Manual del empleado de las Escuelas del Condado de Greater Clark están disponibles en línea en www.gccschools.com. Mi firma también reconoce que entiendo y acepto que es mi responsabilidad leer estos documentos. Las preguntas relacionadas con la información de este folleto pueden dirigirse a un supervisor del edificio, a la Oficina de Recursos Humanos o al Asesor Legal General de las Escuelas del Condado de Greater Clark.

Fecha

Firma



Nombre Puesto/ubicación laboral

Edificio Administrativo
2112 Carretera Utica-Sellersburg
Jeffersonville, Indiana 47130

RECURSOS HUMANOS

Teléfono: (812) 283-0701 Fax: (812) 288-4880

Divulgación del número de Seguro Social para fines laborales

La ley federal exige que cada empleado, independientemente de su situación laboral, proporcione a las Escuelas del Condado de Greater Clark su número de seguro social para fines de registro de nómina y impuestos. Los números de seguro social también deben divulgarse en ocasiones para informar datos relacionados con los beneficios de un empleado. Las Escuelas del Condado de Greater Clark reconocen la importancia de la confidencialidad con respecto a los números de seguro social. La divulgación de su número de seguro social no se realizará sin su conocimiento, a menos que lo requiera una orden judicial o de conformidad con las leyes estatales o federales.

He leído y entiendo la declaración anterior “Divulgación de número de seguro social para fines de empleo” y acepto la divulgación de mi número de seguro social para fines de empleo y negocios de administración de beneficios relacionados con mi empleo en las Escuelas del Condado de Greater Clark.

Nombre impreso del empleado

Firma del empleado

Fecha de firma

Testigo: _____

Título: _____

Gran Clark C^{el} (UN TOTALMENTE ELECTRÓNICO)^I

Acuerdo de autorización para Di^t Nombre Por la presente autorizo a mi empleador, Greater Clark C^{el} e iniciar, si es necesario, asientos de débito y ajustes cuenta(s) indicada(s) a continuación y la institución depositaria "DEPOSITARIO"; acreditar y/o debitar el mismo **Cuenta principal^t**
Y^{do do} Y^{do}

Número de ruta/ABA (9 dígitos)

Nombre del depositario (banco)

Soy^{el}

Cuenta secundaria opcional

Y^{do do} Y^{do} Nombre del depositario (banco)

Soy^{el} equipar^a Número de ruta/ABA (9 dígitos)

Esta autoridad permanecerá en pleno vigor y efecto. recibió UN NUEVO FORMULARIO DE DEPÓSITO DIRECTO EN ^S como para costear las escuelas del condado de Greater Clark y D^Y actuar en consecuencia.

Firma Fecha

POR CADA UNO ARRIBA

CUENTA CORRIENTE - ADJUNTE UNA

CUENTA DE AHORROS - ADJUNTAR AL ALQUILER BANCARIO^t

Escuelas del Gran Condado de Clark

(UNA INSTITUCIÓN TOTALMENTE ELECTRÓNICA)

Acuerdo de autorización para depósito directo (servicio ACH)

| |
|-------------------------|
| Número de seguro social |
| Nombre |

Por la presente autorizo a mi empleador, las Escuelas del Condado de Greater Clark, a iniciar entradas de créditos. y para iniciar, si es necesario, asientos de débito y ajustes por cualquier error de crédito a mi cuenta(s) indicada(s) a continuación y la institución depositaria nombrada a continuación, en adelante denominada "DEPOSITARIO"; acreditar y/o debitar el mismo en dicha cuenta:

Cuenta principal^t

| | |
|---|---|
| Compr obació n de ahorro s Núm ero de cuent a ^r Tipo de cuent a | El mo nto a dep osit ar equ ival e al PA GO NE TO. |
| Nomb re del depos itario (banc o) | Núme ro de ruta/A BA (9 dígitos) |

Cuenta secundaria opcional

| | |
|---|--|
| Compr obació n de ahorro s Núm ero de cuent | es igu al a una cant ida d fija. \$ Mon |
|---|--|

| | |
|--|---|
| a ^r Tipo de cuent a | to a depo sitar |
| Nomb re del depos itario (banc o) | Núme ro de ruta/A BA (9 dígit o) |

Esta autoridad permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que las Escuelas del Condado de Greater Clark hayan recibido UN NUEVO FORMULARIO DE DEPÓSITO DIRECTO EN TAL TIEMPO Y DE TAL MANERA^R para brindar a las Escuelas del Condado de Greater Clark y al DEPOSITARIO una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Fir
ma

Fec
ha

POR CADA UNO DE LOS NOMBRADOS ARRIBA

CUENTA CORRIENTE: ADJUNTE UN CHEQUE EN BLANCO ANULADO

CUENTA DE AHORROS - ADJUNTAR INFORMACIÓN DE LA CUENTA CON MEMBRETE BANCARIO

Informes por correo a:

Centro de informes de nuevas
contrataciones de Indiana P.O.
Caja 3006
Dublín, OH 43016

Nombre del empleador

Escuelas del Gran Condado de
Clark



Número de identificación federal:

351151414

Información del empleador

Dirección del empleador *(dirección de retención de ingresos)*

2112 Carretera Utica-Sellersburg

Empleador Ciudad Estado Código Postal Jeffersonville IN 47130 Nombre del contacto

Apellido del contacto Tricia Helton

Número de teléfono Número de fax

(812) 288-4802 (812) 288-4880

Dirección de correo electrónico

phelton@gccschools.com

Información del empleado

Número de Seguro Social ¿Está disponible el seguro médico? *(opcional)* si no

Nombre del empleado Inicial del empleado Apellido del empleado

Dirección del empleado

Empleado Ciudad Estado Código Postal Fecha de Inicio Fecha de Nacimiento *(opcional)*



38 www.IN-NewHire.com Fax gratuito: (800) 408-1388

Edificio Administrativo
2112 Carretera Utica-Sellersburg
Jeffersonville, Indiana 47130

RECURSOS HUMANOS Teléfono: (812) 283-0701 Fax: (812) 288-4880

ACEPTACIÓN DE OFERTA DE CONTRATO DOCENTE

YO, EL ABAJO FIRMANTE, ACEPTO UN PUESTO EN LA CORPORACIÓN ESCOLAR DEL CONDADO DE GREAT CLARK PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL. ENTIENDO QUE EL CONTRATO ESTÁ SUJETO A QUE YO PROPORCIONE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS DESPUÉS DEL EMPLEO: A) UN CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO QUE CUBRA EL ÁREA DE ASIGNACIÓN; B) UNA TRANSCRIPCIÓN OFICIAL DE TODOS LOS TRABAJOS COLEGIALES Y UNIVERSITARIOS; C) PRUEBA DE EXPERIENCIA DOCENTE FUERA DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE GREAT CLARK (BOARD POLHIELO 4113).

NOMBRE: _____, _____
_____ (Apellido) (Primero) (Segundo nombre)

SEGURO SOCIAL #: _____

DIRECCIÓN: _____

—

TELÉFONO #: _____

ASIGNACIÓN TENTATIVA: _____

ESCUELA/UBICACIÓN: _____

FIDMA .

FECHA: _____



Edificio Administrativo
2112 Carretera Utica-Sellersburg
Jeffersonville, Indiana 47130

RECURSOS HUMANOS Teléfono: (812) 283-0701 Fax: (812) 288-4880

DECLARACIÓN DE TÍTULO Y EXPERIENCIA

I, _____ POR EL PRESENTE RECLAMO TENER (CIRCULO UNO):
LICENCIATURA, MAESTRÍA, ESPECIALISTA O DOCTORADO, Y _____ AÑOS
DE EXPERIENCIA COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN. POR FAVOR
INDIQUE LA EXPERIENCIA MILITAR SI CORRESPONDE.

AÑOS DE EXPERIENCIA CERTIFICADOS

| NOMBRE DE LA ESCUELA | DIRECCIÓN | AÑO(S) ESCOLAR(ES) |
|----------------------|-----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

ENTIENDO QUE DEBO COMPLETAR EL(LOS) FORMULARIO(S) DE “VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DOCENTE”. ENTIENDO ADEMÁS QUE MI SALARIO SE AJUSTARÁ AL RECIBIR POR GCCS UNA CERTIFICACIÓN ESCRITA DE MI EXPERIENCIA DOCENTE ANTERIOR POR PARTE DE UN FUNCIONARIO DEL DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR.



FIRMA FECHA

Edificio administrativo
 2112 Utica-Sellersburg
 Road Jeffersonville, IN
 47130

Número de personal escolar

Para el Departamento de Educación del Estado de Indiana, proporcione lo siguiente:

Indique la institución postsecundaria inicial en la que recibió su educación para convertirse en maestro con licencia y el área de contenido de la licencia inicial (consulte la lista adjunta para códigos de dos dígitos).

 Código de dos dígitos Nombre de la institución/Campus

 Código de dos dígitos Descripción del área de contenido

 Imprimir nombre

Fecha _____

NPS: _____

Si lo sabe, proporcione el número de personal escolar de Indiana; de lo contrario, buscaremos/crearemos un número y se lo enviaremos en una fecha posterior.

Archivo: Formulario SPN Actualizado: 15 de enero de 2015

Sección de referencia del número del personal escolar

Instituciones postsecundarias:

| | | | |
|--------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| 4 6 | doncella del colegio | 2 8 | Universidad Wesleyana de Indiana |
| 0 1 | Colegio Anderson | 4 4 | Tecnología de hiedra |
| 0 2 | Universidad Estatal de Bola | 2 4 | Universidad de Mánchester |
| 0 3 | Colegio Betel | 2 5 | Universidad Mariana |
| 0 4 | Universidad de mayordomo | 4 9 | Universidad Martín |
| 0 5 | Colegio Calumet | 5 7 | Colegio del Valle de Moraine |
| 6 0 | Colegio Cristiano Central de Kansas | 2 7 | Universidad de la ciudad de Oakland |
| 0 6 | Universidad DePauw | 2 8 | Universidad Purdue/Calumet |
| 0 7 | Universidad Earlham | 9 8 | Universidad Purdue/Centro Norte |
| 9 | País extranjero | 2 | Universidad Purdue/West Lafayette |

| | | | |
|--------|---|--------|--------------------------------------|
| 9 | | 9 | |
| 0 9 | colegio franklin | 5 0 | Instituto de Tecnología Rose-Hulman |
| 10 | Colegio Goshen | 3 2 | Colegio de San José |
| 1 1 | colegio gracia | 3 3 | Colegio de Santa María/Notre Dame |
| 12 | Universidad de Hannover | 3 4 | Colegio Santa María de los Bosques |
| 4 7 | Colegio de la Santa Cruz | 6 6 | Universidad del suroeste de Michigan |
| 1 3 | Universidad Huntington | 3 6 | universidad de taylor |
| 15 | Universidad de Indiana | 3 7 | Universidad Trina |
| 4 8 | Tecnología de Indiana | 3 8 | Universidad de Evansville |
| 17 | Universidad de Indiana/Bloomington | 1 4 | Universidad de Indianápolis |
| 4 2 | Universidad de Indiana/Este | 3 9 | Universidad de Notre Dame |
| 2 0 | Universidad de Indiana/Kokomo | 3 1 | Universidad de San Francisco |
| 2 1 | Universidad de Indiana/Noroeste | 1 6 | Universidad del Sur de Indiana |
| 4 3 | Universidad de Indiana/Purdue Universidad/Colón | 4 0 | Universidad de Valparaíso |
| 18 | Universidad de Indiana/Universidad Purdue/Fort Wayne | 9 5 | Universidad de Vincennes |
| 19 | Universidad de Indiana/Purdue Universidad/Indianápolis | 4 1 | Universidad Wabash |
| 2 2 | Universidad de Indiana/South Bend | 0 0 | No aplicable |
| 2 3 | Universidad de Indiana/Sudeste | 9 7 | Otro |

| | | | |
|--------|---|--------|---|
| 0 1 | Educación Especial Nivel Primario | 0 2 | Educación Infantil, Infantil, Primaria Primaria, Primaria Intermedia y Primaria |
| 0 3 | Bellas Artes, Biblioteca/Medios, Lectura, ENL, Salud y Educación Física Nivel Primario | 0 4 | Matemáticas de escuela media/secundaria |
| 0 5 | Ciencias de la escuela media/secundaria | 0 6 | Estudios sociales de secundaria y preparatoria |
| 0 7 | Artes del lenguaje en escuela intermedia/secundaria, lectura | 0 8 | Idiomas extranjeros en la escuela intermedia/secundaria |
| 0 9 | Escuela Intermedia/Escuela Secundaria Bellas Artes, ENL, Biblioteca, Medios, Salud y Educación Física | 1 0 | Educación especial de escuela media/secundaria |
| 1 1 | Educación profesional y técnica | 1 2 | Educación Especial (todos los grados) |
| 1 3 | Educación Física (todos los grados) | 1 4 | Biblioteca/Medios (todos los grados) |
| 15 | Bellas Artes (todos los grados) | 1 6 | ENL (todos los grados) |
| 9 9 | Otro | | |



Escuelas del Gran Condado de Clark **Lo que necesitas saber:**

- **¿Es usted elegible?** Los beneficios están disponibles para los empleados que estén trabajando activamente en la fecha de entrada en vigor de la cobertura y trabajando la cantidad mínima de horas por semana establecida en el contrato.
- OneAmerica calculará las primas reales y los montos de los beneficios y **Sus primas y beneficios pueden variar.** pueden cambiar al alcanzar ciertas edades, según los términos del contrato, y están sujetos a cambios. Los volúmenes y montos de beneficios mostrados pueden estar sujetos a reducciones debido a la edad.
 - Usted puede ser elegible para cobertura sin tener que responder ninguna pregunta de salud si
- **Inscríbese oportunamente para obtener cobertura de emisión garantizada.** se inscribe durante el período de inscripción inicial cuando OneAmerica® ofrece beneficios por primera vez, o si se inscribe como empleado recién contratado dentro de los 31 días posteriores a cualquier período de espera aplicable.
 - Si rechaza la cobertura ahora, perderá su única oportunidad de solicitar un seguro grupal.
- **Inscribirse más tarde requiere aprobación.** cobertura sin tener que someterse primero a una evaluación médica. Si decide inscribirse más adelante, deberá enviar un formulario de Declaración de asegurabilidad para su revisión. Luego, OneAmerica decidirá aprobar o negar su cobertura según su historial médico. Es posible que no se le apruebe ningún tipo de cobertura en una fecha posterior si tiene alguna afección médica actual o futura.

Lo que necesitas hacer:

- Adjunto encontrará información personal sobre los beneficios que le ofrece OneAmerica.

Revise cuidadosamente el contenido de este paquete.

en nombre de su empleador. Esta es su oportunidad de aprender más sobre el seguro grupal de OneAmerica, pero no es una explicación completa de los beneficios. Para obtener más información, consulte el contrato sobre exclusiones, limitaciones, reducción de beneficios y términos bajo los cuales el contrato puede continuar vigente o discontinuarse.

- Visite www.employeebenefits.aul.com para encontrar los Avisos y Limitaciones,

Revise los Avisos y Limitaciones.

G-14320 (05 No Prudente) 28/12/12. Vaya a Formularios, Política/Administración de empleados y Avisos

y limitaciones. • **Envíe su formulario de inscripción.** Por favor devuelva su formulario de inscripción

completo a su empleador.

Nota: Productos emitidos y asegurados por American United Life Insurance Company® (AUL), una empresa de OneAmerica. No está disponible en todos los estados o puede variar según el estado.

OneAmerica es el nombre comercial de las empresas de OneAmerica.®

Formulario de inscripción grupal *Compañía estadounidense de seguros de vida unidos*

UNAAMERICA®

una empresa

One American Square, P.O. Caja 6123

Indianápolis, IN 46206-6123

(800) 553-5318

www.employeebenefits.aul.com

®



| | | | |
|--|--|---|----------------------------|
| Nombre Legal Completo del Solicitante: | | Estado de empleo: Activo Jubilado | |
| Número de Seguro Social del solicitante: | Fecha de nacimiento: | Estado Civil: Soltero Casado | Género: Masculino Femenino |
| Estado de residencia del solicitante: | Código postal residencial del solicitante: | Empleador: Escuelas del Gran Condado de Clark | |

| | | |
|--|--|---|
| (normal Número de teléfono del solicitante: () - Horario comercial): | Dirección de correo electrónico del solicitante: | Empleado a tiempo completo: Sí No |
| | | ¿Está autorizado a trabajar y residir en los EE. UU.? Sí No |

COBERTURA QUE SE SOLICITA: Solicite o rechace cada cobertura que se enumera a continuación. No marcar una casilla o casillas se considerará una declinación de esa cobertura. **Monto del beneficio/opción solicitada**

Incapacidad a corto plazo en el lugar de trabajo Opción _____ \$ _____ Rechazar **Empleado a término voluntario de vida y AD&D**
 \$ _____ Rechazar

Seguro de vida a término voluntario para cónyuge y AD&D \$ _____ Rechazar **Seguro de vida a término voluntario para niños y AD&D**

Opción _____ Electo Rechazar

*Si el cónyuge está incluido en la cobertura de dependientes: Nombre _____ Fecha de nacimiento _____.

*Si el cónyuge está incluido en la cobertura de dependientes:

NOTA: La cobertura solo se ofrece y está disponible para los Dependientes elegibles que estén autorizados a residir en los Estados Unidos. **Para las coberturas de vida a término de AUL, identifique su designación de beneficiario para garantizar que los ingresos se puedan pagar de acuerdo con sus deseos.**

| | | | |
|--------------------------------------|-------------|-----------|--|
| Nombre del Beneficiario Primario: | Porcentaje: | Relación: | Número de Seguro Social/Fecha de Nacimiento: |
| Nombre del Beneficiario Contingente: | Porcentaje: | Relación: | Número de Seguro Social/Fecha de Nacimiento: |

Por la presente solicito la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad grupal solicitada para la cual yo y mis dependientes, si los hubiere, somos elegibles y

• disponible según la política de AUL. Entiendo que la recepción de cualquier cobertura mayor que el monto de emisión garantizado o la solicitud de cobertura después del período de inscripción aprobado requiere primero una suscripción médica y la aprobación por escrito de AUL.

Autorizo a mi empleador a deducir de mi salario el monto de la prima requerida para el monto de la cobertura aprobada por AUL,

• incluyendo cualquier aumento de prima debido al grupo de edad o cambios salariales cuando corresponda. Los pagos de primas superiores al monto de la prima adeuda no darán lugar a cobertura adicional según la póliza de AUL.

El abajo firmante representa cualquier información o documento proporcionado a AUL por el abajo firmante antes y después de la fecha de la

• solicitud de seguro y los hechos y otros asuntos contenidos en lo anterior son verdaderos y exactos al leal saber y entender del abajo firmante.

El abajo firmante entiende y acepta 1. cualquier cobertura de seguro o beneficio depende de cualquier declaración hecha a AUL como completa y correcta y 2. los beneficios bajo cualquier póliza de seguro de vida o discapacidad grupal se pagarán solo si AUL o su administrador externo deciden, a su discreción, que el solicitante tiene derecho a ellos. El abajo firmante ha leído, comprendido y conservado los avisos, limitaciones y exclusiones para sus registros.

Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en

• una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y prisión.

Firma del Solicitante:

Fecha:

| | | | | | |
|---|--|--------------|--|------------|--|
| DEBE SER COMPLET ADO POR EL EMPLEAD OR | Número de política de grupo: 00617984-0000-00 0 | Clase # : | Empleador: Escuelas del Gran Condado de Clark | Ocupación: | Estado del empleador: IN |
| | Salario: Modo: <input type="checkbox"/> Cada hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Requisitos de F/T (horas, días, semanas, etc.): | | | | Fecha de contratación a tiempo completo: |