

TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBLIGATORIA/OPCIONAL
Información para la Inscripción	Obligatoria
Acuerdo Empleador/Empleado	Obligatorio
Certificación de Relación	Obligatoria
Autorización de Nómina	Obligatoria
F-82064: Divulgación de Antecedentes	Obligatoria
W-4	Obligatoria
WT-4	Obligatoria
I-9 Verificación de Elegibilidad Laboral	Obligatoria
F-00180C: Acuerdo de Proveedor del Programa Medicaid de Wisconsin y Reconocimiento de los Términos de Participación	Obligatoria
Documentación de Entrenamiento de: Atención Domiciliaria de Apoyo, Cuidados Personales, Atención de Relevo, Habilidades para la Vida Diaria dentro de la Autogestión en Agencia Fiscal de Empleo (FEA)	Obligatoria

NOTA:

Por favor asegúrese que todos los documentos OBLIGATORIOS hayan sido llenados correctamente antes de enviarlos para su procesamiento. Las hojas siguientes deben de llenarse.

Para preguntas, por favor llame al 608.326.0434 y pregunte por _____.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre Completo del Participante: _____
Nombre Inicial Apellido

Tutor/Apoderado Legal (si lo hay): _____

Programa del Participante: _____ Pronombres: _____

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

Nombre Completo del Trabajador de Cuidados Directos: _____
Nombre Inicial Apellido

Dirección de Correo: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Dirección Física (si es diferente): _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Idioma Preferido: _____

Si proveerá millage:

Número de Licencia de Conducir: _____

Fecha de Vencimiento de la Licencia de Conducir: _____

Mediante su firma, usted está certificando que la información en este formulario es correcta y que posee la documentación necesaria para comprobarlo en caso de que sea necesario para verificar su selección.

Firma del Trabajador de Cuidados Directos: _____ Fecha: _____

ACUERDO ENTRE EL PARTICIPANTE Y EL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

_____ ha sido contratado por _____.
Trabajador de Cuidados Directos (Empleado)* Participante (Empleador)*

* Por favor use el nombre exactamente como aparece en su tarjeta del Seguro Social.

El Trabajador de Cuidados Directos (Empleado) proporcionará servicios de cuidados a través del programa de servicios de autogestión al Participante (Empleador). Lori Knapp Choice™ ha sido seleccionado para ayudar al Participante (Empleador) con tareas administrativas, configuración de la inscripción, y servicios de nómina.

Como el Trabajador de Cuidados Directos, acepto:

- Llenar todos los documentos requeridos para ser un empleado de un miembro fiscal, mi empleador.
- No comenzar mis labores hasta que toda la documentación requerida por Lori Knapp Choice™ haya sido completada, devuelta, procesada y aprobada. Una vez aprobada, me contactarán con la fecha de inicio Lori Knapp Choice™ o la organización de administración de cuidados.
- Ayudar a corregir cualquier error que pueda suceder con el procesamiento de la nómina.
- Trabajar con el Participante para proveerle los mejores cuidados y obtener los mejores resultados posibles.
- Mantenerme dentro de los lineamiento autorizados con respecto a las horas trabajadas y tareas requeridas.
- Seguir los requisitos de confidencialidad y HIPAA.
- Seguir las precauciones estándar y realizar todas las tareas laborales de manera segura.
- Llevar de manera precisa las hojas de control de tiempos. El no cumplir con esto puede resultar en un reporte de fraude y/o abuso.
- Seguir los procesos y procedimientos de EVV (Verificación Electrónica de Visitas) si aplican al Participante (Empleador) que estoy atendiendo.
- Reportar cualquier preocupación sobre la seguridad, salud o bienestar de la persona que estoy atendiendo a su Gerente de Cuidados (Care Manager).
- Reportar cargos actuales o denuncias pendientes de abuso o negligencia al Gerente de Cuidados del Participante o a Lori Knapp Choice™.
- Reportar condenas judiciales que ocurran después de mi fecha de inicio al Participante y a Lori Knapp Choice™.
- Reportar lesiones laborales en menos de 24 horas a Lori Knapp Choice™ al 844.534.7225.
- Notificar a Lori Knapp Choice™ si no trabajo en 60 días.
- Notificar y enviar la forma actualizada a Lori Knapp Choice™ con cualquier cambio a mi dirección postal.
- Notificar y enviar la forma actualizada a Lori Knapp Choice™ con cualquier cambio a mi cuenta de depósito directo (la información de depósito directo no será actualizada sin una forma completa). Cambios a la cuenta de depósito directo deben hacerse cinco días antes de la fecha de pago.
- Notificar y enviar la forma actualizada a Lori Knapp Choice™ con cualquier cambio a mis deducciones estatales o federales. Esto requiere una forma W4 o WT4 actualizada.
- Notificar y enviara la forma actualizada a Lori Knapp Choice™ si cambia mi nombre.



ACUERDO ENTRE EL PARTICIPANTE Y EL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

Entiendo que soy empleado de _____.
Nombre del Participante (Empleador)

Entiendo que mi hoja de control de tiempos debe entregarse de acuerdo al Calendario de Reporte de Tiempos y Pago proporcionado. La entrega extemporánea de las hojas de control de tiempos así como no utilizar el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV) (si es relevante a mi trabajo), puede retrasar el pago hasta el siguiente periodo. No cumplir con EVV (si aplica) puede llevar a la baja de SDS FEA.

Entiendo que Lori Knapp Choice™ no es responsable del pago de servicios si realizo tareas para el Participante que no están aprobadas, trabajo más horas de las autorizadas por la fuente de financiamiento, o si el Participante no es elegible para recibir servicios bajo este programa.

EJEMPLO: El Participante es hospitalizado o ingresa a una institución por un periodo de tiempo.

Entiendo que si no hay una persona designada en la forma de autorización del Participante de Lori Knapp Choice™ para autorizar las hojas de control de tiempos debido a la incapacidad o fallecimiento del Participante, tendré que esperar mi pago hasta que el proceso de sucesión determine a un responsable para firmar las hojas de control de tiempos.

Entiendo que el Participante es responsable por todas las acciones de empleo que pueden incluir orientación, entrenamiento, supervisión, acciones disciplinarias, despido, administración, y otras funciones relacionadas como Participante (empleador).

Entiendo que Lori Knapp Choice™ no es mi empleador pero provee servicios de nómina y tareas administrativas para el Participante. Si tengo cuestiones laborales las debo discutir con el Participante.

Firma del Trabajador de Cuidados Directos (Empleado)

Fecha

Firma del Participante (Empleador)

Fecha

Nombre Completo del Trabajador de Cuidados Directos: _____
 Nombre Inicial Apellido

Nombre Completo del Participante: _____
 Nombre Inicial Apellido

Por favor responda las siguiente preguntas para determinar el estatus de exención de impuestos apropiado.

1. Co-residente: ¿Vive usted de manera permanente en la misma residencia que el Participante (Empleador)?
 No Si: está usted exento de tiempo extra

2. ¿Cuál es su relación legal con el Participante (Empleador)?

Soy: (seleccione solo una respuesta)

Hijo/Hijastro menor de 21 años (S, F, FI)

Hijo/Hijastro mayor de 21 años (S)

Pareja de Hecho* (S)

Nieto (S)

Abuelo (S)

Padre/Padrastro (S, F, FI)

Hermano

Cónyuge (S, F, FI)

Otro: _____

** Bajo el estatuto 770.05 de Wisconsin, Pareja de Hecho significa que usted y su pareja del mismo sexo han presentado una solicitud de "Domestic Partnership" y tiene una copia certificada de su "Declaration of Domestic Partnership". Por favor presente prueba de ello para reclamar la exención.*

3. ¿Tiene usted menos de 18 años o cumplirá 18 este año?

Si: Tengo menos de 18 años o los cumpliré este año. Fecha de Nacimiento: _____

No: Soy mayor de 18 años.

3a: Si si:

¿Es este trabajo o la realización de tareas del hogar su ocupación principal? Si es usted estudiante marque "No"

Si: Este trabajo o la realización de tareas del hogar es mi ocupación principal y NO soy estudiante.

No: Soy un estudiante realizando tareas del hogar, lo cual no es considerada mi ocupación principal.

Al firmar, estoy reconociendo que he respondido verazmente a las preguntas anteriores. Entiendo que mi Empleador es un Empleador Doméstico de acuerdo al IRS. La nómina se procesa de acuerdo a la publicación 926 del IRS lo cual puede indicar que estoy exento de ciertos impuestos sobre nóminas. Entiendo que de acuerdo al Departamento de Desarrollo Laboral de Wisconsin, División de Seguro de Desempleo, mi Empleador es un Propietario Único y Empleador Doméstico. Entiendo que no soy elegible de Beneficios de Desempleo Estatal como se indica en UBC-201-P. También comprendo que las exenciones y/o elegibilidad de desempleo basadas en mi relación con el Empleador no son opcionales.

Firma del Trabajador de Cuidados Directos (Empleado)

Fecha

INFORMACIÓN DE TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

Nombre Completo del Trabajador de Cuidados Directos: _____
 Nombre Inicial Apellido

Número de Teléfono: _____ Condado: _____

Dirección de Correo: _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Dirección Física (si es diferente): _____
 Dirección Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo Electrónico (Obligatoria): _____

Nota: Usted recibirá sus talones de pago via correo electrónico.

Envío de Hojas de Reporte de Tiempos: Seleccione todas las que sean pertinentes:

Correo Electrónico Seguro: Le permite enviar reportes de tiempos y otra información de manera segura.

Web Entry: Captura de nómina en línea. Tanto el Participante como el Trabajador de Cuidados Directos (Empleado) deberán tener correo electrónico y acceso al internet.

INFORMACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

Llene las siguientes secciones con su información bancaria. Incluya un cheque cancelado o un estado de cuenta para confirmar los números de cuenta y ruta de sus cuentas.

Nombre del Banco: _____

Acción a realizar: Autorización de depósito nueva Cambio a autorización previa

Tipo de Cuenta: Cheques Ahorros Tarjeta de Pagos Cantidad: _____%

Número de Cuenta: _____ Número de Ruta (9 dígitos): _____

Para Múltiples Cuentas

Nombre del Banco: _____

Acción a realizar: Autorización de depósito nueva Cambio a autorización previa

Tipo de Cuenta: Cheques Ahorros Tarjeta de Pagos Cantidad: _____%

Número de Cuenta: _____ Número de Ruta (9 dígitos): _____

Autorizo a Lori Knapp Choice™ a depositar directamente mis pagos a la o las cuentas identificadas en este documento, que incluye mi firma y fecha. La autorización estará vigente hasta que la modifique, cancele por escrito o concluya mi empleo.

Firma de Trabajador de Cuidados Directos: _____ Fecha: _____

Los cambios a su información de nóminas pueden tardar hasta una semana en procesarse y hacerse efectivos en su perfil. Por favor llame y verifique que la información de su cuenta haya sido cambiada: **608.326.0434**.

Background Information Disclosure (BID) For Entity Employees and Contractors

Purpose: State and federal law require background checks for certain types of employment, contract, or other roles involving contact with vulnerable persons receiving care or treatment. The information you provide on this form will be used to verify your eligibility for such a role. Providing inaccurate or incomplete information on this form may result in a forfeiture or other sanction, as provided in Wis. Stats. § 50.065(6)(c).

Type

- | | |
|---|---|
| ☐ Applicant/employee | ☐ Volunteer |
| ☐ Contractor | ☐ Household member |
| ☐ Student | ☐ Other, specify: |

Describe the position for which you are applying or renewing:

Applicant information

Name (First, Middle, Last): _____

Social Security number: _____ Date of birth (MM/DD/YYYY): _____

Sex: ☐ Male ☐ Female Phone number: _____

Address – Street: _____

City: _____ State: _____ ZIP code: _____

Have you had or used any other names, including prior to marriage?

☐ Yes ☐ No If yes, list each name fully: _____

Employer or organization verifying eligibility

Name of employer or organization that asked you to complete this form:

Address – Street: _____

City: _____ State: _____ ZIP code: _____

Disclosures

If additional space is needed for answering the questions below, please use the additional page at the end of this form.

1. Pending criminal charges

Do you have any criminal charges pending against you, including in federal, state, local, military, and tribal courts? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, describe the charge and indicate the name of the court, the state, city, month and year you were charged.

2. Convictions for crimes

Were you ever convicted of any crime anywhere, including in federal, state, local, military, and tribal courts, or in another country? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, describe the crime and indicate the name of the court, the state, city, month and year you were convicted.

3. Abuse or neglected or a child

Please note that Wis. Stat. § 48.981, *abused or neglected children and abused unborn children*, may apply to information concerning findings of child abuse and neglect.

Has a government or regulatory agency (other than the police) ever found that you abuse or neglected a child? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, describe the conduct and indicate the agency that made the finding, the state, city, month and year of the finding.

4. Abuse or neglect of an adult

Has a government or regulatory agency (other than the police) ever found that you abused or neglected an adult? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, describe the conduct and indicate the agency that made the finding, the state, city, month and year of the finding.

5. Stealing or other misappropriation

Has a government or regulatory agency (other than the police) ever found that you stole or misappropriated (improperly took or used) a person's property (e.g., money, medications, etc.), identity, or financial information (e.g., credit card, checks, etc.)? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, describe the conduct and indicate the agency that made the finding, the state, city, month and year it occurred.

6. Restriction on credential

Do you have a government issued credential that is not current or has been revoked, suspended, or that limits you in any way from providing care to clients? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, identify the type of credential and indicate the credentialing agency, the restriction, and the state, city, month and year it was issued.

7. Denial, revocation, or limitation on license, certification, or registration

Has a government or regulatory agency ever denied, revoked, or limited your license, certification, or registration to provide care, treatment, or educational services? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, indicate the license, certification, or registration type and indicate the issuing agency. Include a description of the denial, revocation, or limitation, and the state, city, month and year it was issued.

8. Denial, revocation, or limitation on ability to reside on certain premises

Has a government or regulatory agency ever denied, revoked or limited your ability to live on the premises of a facility that provides care or treatment? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, describe the denial, revocation, or limitation and identify the issuing agency, the state, city, month and year issued.

9. Rehabilitation review

Have you ever requested a rehabilitation review from the Wisconsin Department of Health Services, a county department, private child placing agency, school board, or DHS-designated tribe? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, indicate the agency that conducted the review, the outcome, month, and year of the review.

Note: You must provide a copy of your rehabilitation review letter to your employer or organization. Your employer or organization must verify your status with the agency that issued the decision.

10. Armed forces

Have you been discharged from a branch of the US Armed Forces, including any reserve component? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, indicate the month and year of discharge.

Note: You must provide your DD214 to your employer/agency, if you were discharged within the last three (3) years.

11. Out-of-state residence

Have you resided outside of Wisconsin in the last three (3) years? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, list each state and the dates you resided there.

12. Government employee

Are you applying or renewing eligibility to work as a government employee for the State of Wisconsin (e.g. a state agency, treatment facility, institute, etc.)? ☐ Yes ☐ No

If **no**, skip to the attestation below. If **yes**, have you resided outside of Wisconsin in the last seven (7) years? ☐ Yes ☐ No

If **yes**, list each state and the dates you resided there.

Review your responses and the following attestation carefully before signing.

Attestation

I have completed and reviewed this form. The information I provided is accurate and complete. I understand that providing inaccurate or incomplete information on this form may result in a forfeiture or other sanction, as provided in Wis. Stats. § 50.065(6)(c).

Signature — Person completing this form: _____

Date signed: _____

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

OMB No. 1545-0074

2026**Paso 1:**
Anote Su
Información
Personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección		¿Coincide su nombre con el nombre en su tarjeta de Seguro Social? 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 www.ssa.gov/es .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado		
☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos		
☐ 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).		
Precaución: Para reclamar ciertos créditos o deducciones en su declaración de impuestos, usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener un número de Seguro Social válido para trabajar. Vea la página 2 para más información.		

CONSEJO: Considere usar el estimador de retención de impuestos en 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 use el estimador. A comienzos del próximo año, use 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 más información sobre cada paso, quién puede reclamar la exención de la retención y cuándo usar el estimador en 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) Use el estimador en 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, use esta opción; **o**
- (b) Use la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **o**
- (c) Si sólo hay dos empleos en total, puede marcar este recuadro. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que el Paso 2(b) si el pago del empleo con la paga más baja es mayor que la mitad del pago del empleo con la paga más alta. De lo contrario, el Paso 2(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 esos pasos en blanco para los otros empleos. (Su retención será más precisa si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta).

Paso 3:
Reclamación de
Dependiente y
Otros Créditos

Si su ingreso total será \$200,000 o menos (\$400,000 o menos, si es casado que presenta una declaración conjunta):

(a) Multiplique el número de hijos calificados menores de 17 años de edad por \$2,200 **3(a)** \$

(b) Multiplique el número de otros dependientes por \$500 **3(b)** \$

Suma las cantidades de los Pasos 3(a) y 3(b), más la cantidad de otros créditos. Anote el total aquí **3** \$

Paso 4:
Otros Ajustes

(a) **Otros ingresos (no provenientes de trabajos).** 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 **4(a)** \$

(b) **Deducciones.** Use la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página 4 para determinar la cantidad de las deducciones que puede reclamar, lo cual reducirá su retención. (Si omite esta línea, su retención se basará en la deducción estándar). Anote el resultado aquí **4(b)** \$

(c) **Retención adicional.** Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago **4(c)** \$

Exento de la
retención

Reclamo exención de la retención para 2026 y certifico que cumplo con **ambas** condiciones para la exención para 2026. Vea **Exención de la retención** en la página 2. Entiendo que necesitaré completar un nuevo Formulario W-4 para 2027 . . . ☐

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 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.

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 2026 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2025, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2026, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2025 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2025 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 2026. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones marcando el recuadro en la sección titulada **Exento de la retención**. Luego, complete los Pasos **1(a)**, **1(b)** y **5**. No complete ningún otro paso. Tendrá que presentar un Formulario W-4 nuevo para el 16 de febrero de 2027.

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. Considere usar el estimador en 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 use el estimador para contabilizar el impuesto federal sobre los ingresos que ya ha sido retenido este año. A comienzos del próximo año, use 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 del trabajo por cuenta propia 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 en www.irs.gov/W4AppSP para calcular la cantidad que se tiene que retener.

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

Instrucciones Específicas

Paso 1(c). Marque 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. Use 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 de impuesto retenido 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 con la paga más alta.

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 requerido. Usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener el número de Seguro Social requerido para reclamar ciertos créditos. 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.

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 **15** 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 2026 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como para las propinas calificadas, la paga por horas extras calificada y el interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado; el interés de préstamos estudiantiles; los arreglos *IRA* y las personas de 65 años de edad o más. Usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener el número de Seguro Social requerido para reclamar ciertas deducciones. Para requisitos de elegibilidad adicionales, vea la Publicación 501.

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 cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 2(b) — Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos (*Guarde para sus archivos*).

Si escoge la opción en el Paso **2(b)** del Formulario W-4, complete esta hoja de trabajo (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4. La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales; o puede utilizar el estimador de retención en línea en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si es casado que presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página **5**. Usando la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**”, encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea **1**. Luego, **pase** a la línea **3** **1** \$ _____
- 2 Tres empleos.** Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas **2a**, **2b** y **2c** a continuación. De lo contrario, **pase** a la línea **3**.
 - a** Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página **5** usando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**”. Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea **2a** . **2a** \$ _____
 - b** Sume los salarios anuales de la línea **2a** de los dos empleos mejor pagados y use ese total como los salarios en la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y use los salarios anuales para su tercer empleo en la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**” para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página **5** y anote esa cantidad en la línea **2b** **2b** \$ _____
 - c** Sume las cantidades de las líneas **2a** y **2b** y anote el resultado en la línea **2c** **2c** \$ _____
- 3** Anote el número de períodos de pago por año para el empleo con la paga más alta. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etc. **3** _____
- 4** **Divida** la cantidad anual en la línea **1** o la línea **2c** por el número de períodos de pago en la línea **3**. Anote esta cantidad aquí y en el **Paso 4(c)** del Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta (sume a esta cantidad cualquier otra retención adicional que desee) **4** \$ _____

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

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la *Paperwork Reduction Act* (Ley de Reducción de Trámites), a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relacionados con un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley de impuestos internos. Por lo general, las declaraciones de impuestos y la información contenida en ellas son confidenciales, tal como lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario variará según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de su declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones de su declaración de impuestos sobre los ingresos.

Paso 4(b) — Hoja de Trabajo para Deducciones *(Guarde para sus archivos).*

Vea las Instrucciones para el Anexo 1-A (Formulario 1040) para más información sobre si califica para las deducciones en las líneas **1a**, **1b**, **1c**, **3a** y **3b**.

1	Deducciones por propinas calificadas, paga por horas extras calificada e interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado.	
a	Propinas calificadas. Si su ingreso total es menor de \$150,000 (\$300,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de sus propinas calificadas hasta \$25,000	1a \$ _____
b	Paga por horas extras calificada. Si su ingreso total es menor de \$150,000 (\$300,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de su paga por horas extras calificada hasta \$12,500 (\$25,000, si es casado que presenta una declaración conjunta) de la porción "y medio" de la paga de tiempo y medio	1b \$ _____
c	Interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado. Si su ingreso total es menor de \$100,000 (\$200,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de su interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado hasta \$10,000	1c \$ _____
2	Suma las líneas 1a , 1b y 1c . Anote el resultado aquí	2 \$ _____
3	Personas de 65 años de edad o más. Si su ingreso total es menor de \$75,000 (\$150,000, si es casado que presenta una declaración conjunta):	
a	Anote \$6,000 si tiene 65 años de edad o más antes del final del año	3a \$ _____
b	Anote \$6,000 si su cónyuge tiene 65 años de edad o más antes del final del año y tiene un número de Seguro Social válido para trabajar	3b \$ _____
4	Suma las líneas 3a y 3b . Anote el resultado aquí	4 \$ _____
5	Anote un estimado del interés de préstamos estudiantiles, las aportaciones a los arreglos <i>IRA</i> deducibles, los gastos del educador, la pensión para el cónyuge divorciado pagada y ciertos otros ajustes provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040). Vea la Publicación 505 para más información	5 \$ _____
6	Deducciones detalladas. Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2026 provenientes del Anexo A (Formulario 1040). Dichas deducciones pueden incluir las siguientes partidas, si califican:	
a	Gastos médicos y dentales. Anote los gastos en exceso del 7.5% (0.075) de su ingreso total	6a \$ _____
b	Impuestos estatales y locales. Si su ingreso total es menor de \$505,000 (\$252,500, si es casado que presenta una declaración por separado), anote los impuestos estatales y locales pagados hasta \$40,400 (\$20,200, si es casado que presenta una declaración por separado)	6b \$ _____
c	Intereses hipotecarios de su vivienda. Si su deuda de adquisición de vivienda es menor de \$750,000 (\$375,000, si es casado que presenta una declaración por separado), anote los gastos por intereses hipotecarios de su vivienda (incluyendo las primas del seguro hipotecario)	6c \$ _____
d	Donaciones caritativas. Anote las donaciones en exceso del 0.5% (0.005) de su ingreso total	6d \$ _____
e	Otras deducciones detalladas. Anote la cantidad de otras deducciones detalladas	6e \$ _____
7	Suma las líneas 6a , 6b , 6c , 6d y 6e . Anote el resultado aquí	7 \$ _____
8	Limitación de las deducciones detalladas.	
a	Anote su ingreso total	8a \$ _____
b	Reste la línea 4 de la línea 8a . Si la línea 4 es mayor que la línea 8a , anote "-0-" aquí y en la línea 10 . Omita la línea 9	8b \$ _____
9	Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$768,700, \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos} \\ \bullet \$640,600, \text{ si es soltero o cabeza de familia} \\ \bullet \$384,350, \text{ si es casado que presenta una declaración por separado} \end{array} \right\}$	9 \$ _____
10	Si la línea 9 es mayor que la línea 8b , anote la cantidad de la línea 7 . De lo contrario, multiplique la línea 7 por el 94% (0.94) y anote el resultado aquí	10 \$ _____
11	Deducción estándar.	
	Anote: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$32,200, \text{ si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos} \\ \bullet \$24,150, \text{ si es cabeza de familia} \\ \bullet \$16,100, \text{ si es soltero o casado que presenta una declaración por separado} \end{array} \right\}$	11 \$ _____
12	Donaciones caritativas en efectivo. Si usted toma la deducción estándar, anote las donaciones en efectivo hasta \$1,000 (\$2,000, si es casado que presenta una declaración conjunta)	12 \$ _____
13	Suma las líneas 11 y 12 . Anote el resultado aquí	13 \$ _____
14	Si la línea 10 es mayor que la línea 13 , reste la línea 11 de la línea 10 y anote el resultado aquí. Si la línea 13 es mayor que la línea 10 , anote la cantidad de la línea 12	14 \$ _____
15	Suma las líneas 2 , 4 , 5 y 14 . Anote el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4	15 \$ _____

Casado que Presenta una Declaración Conjunta o Cónyuge Sobreviviente que Reúne los Requisitos

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja — Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$480	\$850	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	480	1,480	1,850	2,050	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,620
\$20,000 - 29,999	480	1,480	2,480	3,050	3,250	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	3,820	4,820
\$30,000 - 39,999	850	1,850	3,050	3,620	3,820	3,990	3,990	3,990	3,990	4,390	5,390	6,390
\$40,000 - 49,999	850	2,050	3,250	3,820	4,020	4,190	4,190	4,190	4,590	5,590	6,590	7,590
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,360	4,360	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,360	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760	9,760
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760	9,760	10,760
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,240	5,440	6,610	7,610	8,610	9,610	10,610	11,610	12,610
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,840	9,040	10,210	11,210	12,210	13,210	14,210	15,360	16,560
\$150,000 - 239,999	1,870	4,100	6,500	8,270	9,670	11,040	12,240	13,440	14,640	15,840	17,040	18,240
\$240,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,610	10,010	11,380	12,580	13,780	14,980	16,180	17,380	18,580
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,610	10,010	11,380	12,580	13,860	15,860	17,860	19,860	21,860
\$365,000 - 524,999	2,720	5,920	9,390	12,260	14,760	17,230	19,530	21,830	24,130	26,430	28,730	31,030
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,610	16,310	18,980	21,480	23,980	26,480	28,980	31,480	33,990

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja — Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$90	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,070	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,970
\$10,000 - 19,999	850	1,780	1,980	1,980	2,030	3,030	3,830	3,830	3,830	3,830	3,930	4,130
\$20,000 - 29,999	1,020	1,980	2,180	2,230	3,230	4,230	5,030	5,030	5,030	5,130	5,330	5,530
\$30,000 - 39,999	1,020	1,980	2,230	3,230	4,230	5,230	6,030	6,030	6,130	6,330	6,530	6,730
\$40,000 - 59,999	1,020	2,880	4,080	5,080	6,080	7,080	7,950	8,150	8,350	8,550	8,750	8,950
\$60,000 - 79,999	1,870	3,830	5,030	6,030	7,100	8,300	9,300	9,500	9,700	9,900	10,100	10,300
\$80,000 - 99,999	1,870	3,830	5,100	6,300	7,500	8,700	9,700	9,900	10,100	10,300	10,500	10,700
\$100,000 - 124,999	2,030	4,190	5,590	6,790	7,990	9,190	10,190	10,390	10,590	10,940	11,940	12,940
\$125,000 - 149,999	2,040	4,200	5,600	6,800	8,000	9,200	10,200	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,200	5,600	6,800	8,150	10,150	11,950	12,950	13,950	14,950	16,170	17,470
\$175,000 - 199,999	2,040	4,200	6,150	8,150	10,150	12,150	13,950	15,020	16,320	17,620	18,920	20,220
\$200,000 - 249,999	2,720	5,680	7,880	10,140	12,440	14,740	16,840	18,140	19,440	20,740	22,040	23,340
\$250,000 - 449,999	2,970	6,230	8,730	11,030	13,330	15,630	17,730	19,030	20,330	21,630	22,930	24,240
\$450,000 y más	3,140	6,600	9,300	11,800	14,300	16,800	19,100	20,600	22,100	23,600	25,100	26,610

Cabeza de Familia

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja — Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$280	\$850	\$950	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,560	\$1,870	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	280	1,280	1,950	2,150	2,220	2,220	2,220	2,760	3,760	4,070	4,070	4,210
\$20,000 - 29,999	850	1,950	2,720	2,920	2,980	2,980	3,520	4,520	5,520	5,830	5,980	6,180
\$30,000 - 39,999	950	2,150	2,920	3,120	3,180	3,720	4,720	5,720	6,720	7,180	7,380	7,580
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,980	3,570	4,640	5,640	6,640	7,750	8,950	9,460	9,660	9,860
\$60,000 - 79,999	1,020	2,610	4,370	5,570	6,640	7,750	8,950	10,150	11,350	11,860	12,060	12,260
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,830	7,150	8,410	9,610	10,810	12,010	13,210	13,720	13,920	14,120
\$100,000 - 124,999	1,870	4,270	6,230	7,630	8,900	10,100	11,300	12,500	13,700	14,210	14,720	15,720
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,400	7,800	9,070	10,270	11,470	12,670	14,580	15,890	16,890	17,890
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,400	7,800	9,070	10,580	12,580	14,580	16,580	17,890	18,890	20,170
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,400	8,510	10,580	12,580	14,580	16,580	18,710	20,320	21,620	22,920
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,680	10,900	13,270	15,570	17,870	20,170	22,470	24,080	25,380	26,680
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,540	12,040	14,410	16,710	19,010	21,310	23,610	25,220	26,520	27,820
\$450,000 y más	3,140	6,840	10,110	12,810	15,380	17,880	20,380	22,880	25,380	27,190	28,690	30,190

Certificado de Exención de Retención de Impuestos del Empleado/Reporte de Nuevas Contrataciones en Wisconsin

Sección del Empleado (escriba claramente)

Nombre legal del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de seguro social	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Casado, pero retiene impuesto con la tarifa de Soltero más alta. Nota: Si está casado, pero legalmente separado, marque la caja de Soltero.
Dirección del empleado (número y calle)		Fecha de nacimiento	
Ciudad	Estado	Código postal	

CALCULE SUS EXENCIONES TOTALES DE RETENCIÓN A CONTINUACIÓN

Complete las líneas 1 a 3

1. (a) Exención para usted mismo - ingrese 1	_____
(b) Exención para su cónyuge - ingrese 1	_____
(c) Exención(es) para dependiente(s) - usted tiene derecho a reclamar una exención por cada dependiente .	0
(d) Total: sume las líneas (a) a la (c)	_____
2. Cantidad adicional por período de pago que desea usted deducir (si su empleador está de acuerdo)	_____
3. Reclamo exención total de retención de impuesto (ver instrucciones). Ingrese "Exento"	_____

CERTIFICO que el número de exenciones de retención de impuesto reclamadas en este certificado no excede el número al que tengo derecho. Si se reclama la exención completa de retención, certifico que no incurriré en ninguna responsabilidad de impuestos de Wisconsin el año pasado y anticipo que no incurriré en ninguna obligación de impuestos de Wisconsin el presente año.

Firma _____ Fecha en que se firma _____

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO:

• QUIÉN DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Efectivo a partir del 1 de enero de 2020, cada empleado(a) recién contratado(a) es requerido(a) a proporcionar un Formulario WT-4 completo a cada uno de sus empleadores. Su empleador utilizará el formulario WT-4 para determinar la cantidad del impuesto de Wisconsin que se retendrá de sus cheques de pago. Si usted tiene más de un empleador, debe reclamar un número menor, o no exención en cada Formulario WT-4 proporcionado a empleadores que no sean su empleador principal para que la cantidad total retenida sea más cercana a su obligación real de impuestos.

Debe completar y proporcionar a su empleador un nuevo Formulario WT-4 dentro de 10 días si el número de exenciones reclamadas anteriormente DISMINUYE.

Puede completar y proporcionar a su empleador un nuevo Formulario WT-4 en cualquier tiempo si el número de sus exenciones AUMENTA.

Su empleador también puede solicitarle que complete este formulario para informar su contratación al Department of Workforce Development.

• RETENCIÓN BAJA DE IMPUESTO:

Si no se retiene suficiente impuesto de su salario, puede incurrir en cargos por intereses bajo las leyes fiscales. En general, el 90% del impuesto neto reflejado en su declaración de impuestos debe ser retenido.

• EXCESO DE RETENCIÓN DE IMPUESTO:

Si está utilizando el formulario WT-4 para reclamar la cantidad máxima de exenciones a los que tiene derecho, y su retención excede el impuesto que considera adeudar, puede usar el formulario WT-4A para minimizar el exceso de retención.

INSTRUCCIONES PARA EL WT-4 - Proporcione su información en la sección del empleado.

• LÍNEA 1:

(a)-(c) Número de exenciones – No reclame más del número correcto de exenciones. Si espera adeudar más impuesto para el año de lo que le será retenido al reclamar todas las exenciones a las que tiene derecho, puede

augmentar su retención reclamando un número menor de exenciones en las líneas 1(a)-(c), o puede entrar en un acuerdo con su empleador para tener montos adicionales retenidos (ver instrucciones para la línea 2).

(c) Dependientes – Las personas que califican como sus dependientes para fines de impuestos federales, también se pueden reclamar como dependientes para los impuestos de Wisconsin. El término "dependientes" no lo incluye a usted ni a su cónyuge. Indique el número de dependientes que está reclamando en el espacio proporcionado.

• LÍNEA 2:

Retención adicional – Si ha reclamado "cero" exenciones en la línea 1, pero aún espera tener un saldo adeudado en su declaración de impuestos para el año, puede solicitar a su empleador que retenga una cantidad adicional de impuestos por cada período de pago. Si su empleador está de acuerdo con esta retención adicional, ingrese la cantidad adicional que desea deducir de cada uno de sus cheques de pago en la línea 2.

• LÍNEA 3:

Exención de retención – Puede reclamar exención de retención del impuesto de Wisconsin si no tuvo obligación de pagar impuestos el año anterior y espera no incurrir en responsabilidad de impuestos el presente año. No puede reclamar exención si su declaración de impuestos muestra responsabilidad contributiva antes de la concesión de cualquier crédito por impuesto retenido. Si está exento, su empleador no retendrá impuestos de Wisconsin de su salario.

Debe revocar esta exención (1) dentro de los 10 días siguientes a partir del momento en que espera para incurrir en la obligación de impuestos para el año o, (2) durante, o antes del 1 de diciembre si usted espera incurrir en responsabilidad de impuestos de Wisconsin para el próximo año. Si quiere detener o es requerido a revocar esta exención, debe completar y proporcionar un nuevo formulario WT-4 a su empleador que muestre la cantidad de exenciones de retención que tiene derecho a reclamar. Este certificado de exención de retención se vencerá el 30 de abril del próximo año a menos que se complete un nuevo Formulario WT-4 y sea proporcionado a su empleador antes de esa fecha.

Sección del Empleador

Nombre del empleado		Número Federal de Identificación del Empleador	
Dirección del preparador de nómina del empleador (número y calle)		Ciudad	Estado
106 South Beaumont Road		Prairie du Chien	WI
Completado por	Título	Número de teléfono	Código postal
Natalie Freymiller	Fiscal Agent	(608) 326-0434	53821
		Correo electrónico	

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR para el Departamento de Ingresos:

- Si no tiene un Número Federal de Identificación de Empleador (FEIN), comuníquese con el Servicio de Impuestos Internos -IRS, para obtener uno.
- Si el empleado ha reclamado más de 10 exenciones O ha reclamado exención total de la retención de impuestos y gana más de \$200.00 a la semana, o cree haber reclamado más exenciones de las que tiene derecho, envíe una copia de este certificado a: Wisconsin Department of Revenue, Audit Bureau, PO Box 8906, Madison WI 53708 o fax (608) 267-0834.
- Mantenga una copia de este certificado con sus registros. Si tiene preguntas sobre los requisitos del Department of Revenue, llame al (608) 266-2772 o al (608) 266-2776.

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR para Reportes de Nuevas Contrataciones:

- Este reporte contiene la información requerida para reportar una Nueva Contratación a Wisconsin. Si está informando nuevas contrataciones electrónicamente, no necesita enviar una copia de este informe al Department of Workforce Development. Visite <https://dwd.wi.gov/uinh/> para reportar nuevas contrataciones.
- Si no informa las nuevas contrataciones electrónicamente, envíe por correo el formulario original al Department of Workforce Development, New Hire Reporting, PO Box 14431, Madison WI 53708-0431 o fax gratis al 1-800-277-8075.
- Si tiene preguntas sobre los requisitos para Nuevas Contrataciones, llame gratis al (888) 300-HIRE (888-300-4473). Visite <https://dwd.wi.gov/uinh/> para obtener más información

Leyes y Normas Aplicables

Este documento proporciona declaraciones o interpretaciones de las siguientes leyes y reglamentos promulgados a partir del 25 de agosto de 2023: sec. 71.66, Estatutos de Wis., y sec. Impuesto 2.92, Código Adm. de Wis.

La dirección se mostrará apropiadamente en un sobre con ventana del lado izquierdo.

**DEPARTMENT OF WORKFORCE DEVELOPMENT
NEW HIRE REPORTING
PO BOX 14431
MADISON WI 53708-0431**

EJEMPLO PARA AYUDARLE A LLENAR LA FORMA I-9

La Forma I-9 del IRS se utiliza verificar la identidad y autorización laboral de empleados nuevos y actuales en los Estados Unidos.

¿Necesita ayuda? Llame al **608.326.0434**.

LA INFORMACIÓN REQUERIDA ESTÁ REALZADA EN AMARILLO.

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de 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 la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		o	Lista B	Y	Lista C
Título del Documento 1					
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Título del Documento 2		Información Adicional			
Autoridad Emisora					
Número de Documento (si corresponde)					
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
Título del Documento 3					
Autoridad Emisora					

EL PARTICIPANTE O TUTOR/APODERADO FIRMARÁ Y FECHARÁ AL LADO DE LA X EN LA SECCIÓN REALZADA EN ROSA.

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

IMPORTANTE

La Forma I-9 es un documento gubernamental y debe ser llenado por el Empleado y el Empleador. Lori Knapp Choice no es el Empleador y no puede llenar la Sección 2. Si este documento no se llena correctamente la fecha de inicio será retrasada.

Por favor llame al **608.326.0434** para asistencia.



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

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 05/31/2027

COMIENCE AQUÍ: Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. **Vea la información y las instrucciones.**

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN: Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el 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 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.

Apellido (Nombre de Familia)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		Inicial de Segundo Nombre (si alguno)		Otros Apellidos Utilizados (si alguno)		
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apartamento (si corresponde)		Ciudad o Pueblo		Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE. UU. 		Dirección de Correo Electrónico del Empleado			Número de Teléfono del Empleado	
Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.		Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):						
		☐ 1. Ciudadano de Estados Unidos						
		☐ 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)						
		☐ 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS:)						
		☐ 4. Extranjero autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa):						
		Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:						
		USCIS/Número A		OR	Formulario I-94 Número de Admisión		OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión
Firma del Empleado					Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)			

Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar la certificación de preparador y/o traductor en la página 4.



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

USCIS
Formulario I-9
OMB No. 1615-0047
Expire 05/31/2027

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador: Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alterno autorizado por el secretario de 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 la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.

Lista A		O	Lista B	Y	Lista C		
Título del Documento 1							
Autoridad Emisora							
Número de Documento (si corresponde)							
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)							
Título del Documento 2		Información Adicional ☐ Marque aquí si usó un procedimiento alterno autorizado por DHS para examinar documentos.					
Autoridad Emisora							
Número de Documento (si corresponde)							
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)							
Título del Documento 3							
Autoridad Emisora							
Número de Documento (si corresponde)							
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)							
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.						Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):	
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado						Firma del Empleador o Representante Autorizado	
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal						

Para la reverificación o recontractación, complete el Suplemento B, Reverificación y Recontractación, en la página 5.

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 Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.		1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección.	1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.
2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)		2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, sexo, estatura, color de ojos y dirección.	2. Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).
3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina		3. Tarjeta de identificación escolar con fotografía	3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.
4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766)		4. Tarjeta de Registro de Votante	4. Documento tribal de indio americano
5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente: (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.		5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección	5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)
		6. Tarjeta de identificación de dependiente militar	6. Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)
		7. Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.	7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la Sección 7 y la Sección 13 del M-274 en uscis.gov/i-9-central . El Formulario I-766, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo Número 4 ; no es un documento de la Lista C.
		8. Documento tribal de indio americano	
		9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense	
		Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:	
		10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones	
		11. Registro clínico, médico o de hospital	
6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM) o la República de las Islas Marshall (RMI) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI		12. Registro guardería o escuela infantil	

Recibos Aceptables

Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal.
Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.

- Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado; - Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551; - Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.	O	Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado	Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.
--	---	--	---

*Consulte la página Extensiones de la Autorización de Empleo en **Central I-9** para más información.



Suplemento A, Certificación del Preparador y/o Traductor de la Sección 1

Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
Suplemento A
OMB
No.1615-0047
Expire 05/31/2027

Apellido (Nombre de Familia) como en la Sección 1.	Nombre (Nombre de Pila) como en la Sección 1.	Inicial del Segundo Nombre (si alguno) como en la 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 proporcionados. Cada preparador o traductor debe completar, firmar y fechar un área de certificación separada. Los empleadores deben conservar las hojas suplementarias completadas con el Formulario I-9 completado del empleado.

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

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad 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 mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad 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 mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad 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 mejor saber y entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Nombre (<i>Nombre de Pila</i>)	Inicial del Segundo Nombre (si alguno)	
Dirección (<i>Número de Calle y Nombre</i>)	Cuidad o Pueblo	Estado	Código Postal



Suplemento B,
Reverificación y Recontrataciones (Sección 3)
Departamento de Seguridad Nacional
Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB
No.1615-0047
Expires 05/31/2027

Apellido (<i>Nombre Familiar</i>) como en la Sección 1	Primer Nombre (<i>Nombre de pila</i>) como en la Sección 1	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)
---	---	---------------------------------------

Instrucciones: Este suplemento reemplaza la Sección 3 de la versión anterior del Formulario I-9. Solo use esta página si su empleado requiere una nueva verificación, es recontratado dentro de 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 espacios de arriba. Use una nueva sección para cada reverificación o recontratación. Revise las instrucciones del Formulario I-9 antes de completar esta página. Conserve esta página como parte del registro del Formulario I-9 del empleado. Puede encontrar la guía adicional en el [Manual para Empleadores: Guías para Completar el Formulario I-9 \(M-274\)](#).

	Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

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 continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y 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 (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento
alternativo autorizado por DHS para
examinar documentos.

	Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

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 continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y 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 (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento
alternativo autorizado por DHS para
examinar documentos.

	Nuevo nombre (<i>si aplica</i>)		
Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Apellido (<i>Nombre de Familia</i>)	Primer Nombre (Nombre de pila)	Inicial del Segundo Nombre (si tiene)

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 continuidad de la autorización de empleo. Ingrese la información del documento en los espacios a continuación.

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

Doy fe, bajo pena de perjurio que, a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos, y que el empleado presentó documentación que he examinado y 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 (Inicial y fecha en cada anotación)

☐ Marque aquí si usó un procedimiento
alternativo autorizado por DHS para
examinar documentos.

MEDICAID DE WISCONSIN
ACUERDO CON EL PROVEEDOR Y ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN
Acuerdo estándar y reconocimiento para proveedores de servicios de exención basados en el hogar
y la comunidad (atención a largo plazo para adultos)

Mediante la firma de su representante autorizado a continuación, el proveedor identificado a continuación acepta y reconoce las condiciones de participación y los términos de reembolso establecidos en este acuerdo:

Nota: El nombre del proveedor que se usa a continuación **debe** coincidir exactamente con el nombre que se usa en **todos los** demás documentos de Medicaid.

La participación del proveedor en Medicaid de Wisconsin está sujeta a los siguientes términos y condiciones:

1. **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA FEDERAL:** De acuerdo con la 42 C.F.R. § 431.107 de las regulaciones federales de Medicaid, el proveedor acepta lo siguiente:
 - a. Conservar los registros necesarios para revelar el alcance de los servicios prestados a los participantes de la exención durante un período de **diez (10) años** y conservar los registros y los documentos de acuerdo con los términos previstos por el Wis. Admin. Code chs. DHS 101–108, excepto por el período de retención especificado en el Wis. Admin. Code DHS § 106.02(9)(e)2.
 - b. Si lo solicita, proporcione al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin, al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) o a la unidad State Medicaid Fraud Control cualquier información que se mantenga bajo el párrafo a. de esta sección y cualquier información relacionada con los pagos reclamados por el proveedor por la prestación de servicios bajo el Medicaid de Wisconsin, incluidos los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad.
 - c. Si el proveedor es un hospital, un centro de enfermería, un proveedor de atención médica a domicilio, de servicios de cuidado personal o de cuidados paliativos, cumpla con los requisitos de directivas anticipadas especificados en 42 C.F.R. Part 489, Subpart I and 42 C.F.R. § 417.436(d).
 - d. Proporcionar al DHS, a la organización de atención administrada (MCO, por sus siglas en inglés) o al programa IRIS (Include, Respect, I Self-Direct) su identificador nacional de proveedor (NPI, por sus siglas en inglés), si cumple los requisitos para un NPI.
 - e. Incluir su NPI (si cumple los requisitos para un NPI) en todas las reclamaciones presentadas bajo Medicaid de Wisconsin, incluidos los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad.
 - f. Cumplir con los requisitos de divulgación en 42 C.F.R. Part 455, Subpart B, que incluye todos los requisitos de divulgación desde 455.100 hasta 455.106.
 - i. A los efectos de este acuerdo, la persona con un interés de propiedad o control significa una persona o corporación que:
 - a. Tiene una participación en la propiedad por un total del 5 por ciento o más en una entidad divulgadora.
 - b. Tiene un interés de propiedad indirecta igual al 5 por ciento o más en una entidad divulgadora.
 - c. Tiene una combinación de intereses de propiedad directos e indirectos iguales al 5 por ciento o más en una entidad divulgadora.

- d. Posee un interés del 5 por ciento o más en cualquier hipoteca, escritura de fideicomiso, pagaré u otra obligación garantizada por el proveedor si ese interés equivale al menos al 5 por ciento del valor de la propiedad o activos de la entidad divulgadora.



F-00180C

- e. Es un funcionario o director de una entidad divulgadora que está organizada como una corporación.
- f. Es un socio en una entidad divulgadora que está organizada como una sociedad.
- ii. El proveedor, cualquier agente fiscal o entidad afiliada de atención administrada deberá proporcionar al DHS:
 - a. El nombre y la dirección de cualquier persona (individual o jurídica) con un interés de propiedad o control en la entidad divulgadora, agente fiscal o entidad de atención administrada. La dirección de las entidades corporativas debe incluir, según corresponda, la dirección comercial principal, cada ubicación comercial y cualquier dirección de apartado postal.
 - b. Fecha de nacimiento y número de Seguro Social (SSN) (en el caso de una persona).
 - c. Otro número de identificación fiscal (en el caso de una corporación) con un interés de propiedad o control en la entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada) o en cualquier subcontratista en el que la entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada) tenga una participación del 5 por ciento o más.
 - d. Si la persona (individual o jurídica) con un interés de propiedad o control en la entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada) está relacionada con otra persona con interés de propiedad o control en la entidad divulgadora como cónyuge, padre, hijo o hermano; o si la persona (individuo o corporación) con un interés de propiedad o control en cualquier subcontratista en el que la entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada) tiene un interés del 5 por ciento o más está relacionada con otra persona con interés de propiedad o control en la entidad divulgadora como cónyuge, padre, hijo o hermano.
 - e. El nombre de cualquier otra entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada) en la que un propietario de la entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada) tenga un interés de propiedad o control.
 - f. El nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de cualquier empleado administrativo de la entidad divulgadora (o agente fiscal o entidad de atención administrada).
 - g. Un proveedor debe presentar, dentro de los 35 días posteriores a la fecha de una solicitud del HHS o DHS, información completa y exhaustiva sobre:
 - 1. La propiedad de cualquier subcontratista con el que el proveedor haya tenido transacciones comerciales por un total de más de \$25,000 durante el período de 12 meses que finaliza en la fecha de la solicitud.
 - 2. Cualquier transacción comercial significativa entre el proveedor y cualquier proveedor de propiedad absoluta, o entre el proveedor y cualquier subcontratista, durante el período de cinco años que finaliza en la fecha de la solicitud.
 - h. El proveedor debe revelar al DHS la entidad de cualquier persona que:
 - 1. Tiene propiedad o participación mayoritaria en el proveedor o es un agente o empleado administrativo del proveedor.

2. Ha sido condenada por un delito penal relacionado con la participación de esa persona en cualquier programa de Medicare, Medicaid o el programa de servicios del Title XX desde el inicio de esos programas.
 - iii. La divulgación, tal como se exige en el presente acuerdo, por parte de cualquier proveedor o entidad divulgadora deberá efectuarse en cualquiera de los siguientes momentos:
 - a. A partir de que el proveedor o la entidad divulgadora presente la solicitud de proveedor.
 - b. Sobre el proveedor o la entidad divulgadora que ejecute este acuerdo.
 - c. A solicitud del DHS durante el proceso de revalidación de inscripción bajo 442 C.F.R. § 455.414.
 - d. Dentro de los 35 días posteriores a cualquier cambio en la propiedad de la entidad divulgadora.
2. **MEDICAID DE WISCONSIN:** La participación del proveedor en Medicaid de Wisconsin, incluidos los servicios de exención en el hogar y en la comunidad, está sujeta a los siguientes términos y condiciones:
 - a. **Leyes, normas, reglamentos y políticas.** El proveedor se compromete a cumplir con las leyes, normas, reglamentos y políticas federales y estatales relacionadas con la prestación de servicios de exención en el hogar y en la comunidad bajo el programa Medicaid de Wisconsin. Esto incluye, entre otras cosas, la comprobación de antecedentes del cuidador, los derechos de un participante de exención otorgados por la ley federal y estatal, incluido el derecho a rechazar medicamentos y tratamientos, y las comunicaciones de políticas publicadas por el DHS.
 - b. **Manuales para proveedores.** El proveedor se compromete a cumplir los términos, condiciones y restricciones pertinentes que se establecen en los manuales, boletines, actualizaciones de atención a largo plazo para adultos y otras comunicaciones en línea de Family Care, Family Care Partnership, Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) o IRIS en relación con los cambios en la legislación estatal o federal, la política, las tasas y fórmulas de reembolso, la interpretación de los departamentos, las directrices de procedimiento, como los procedimientos de facturación y autorización previa, y los cambios específicos de reembolso, que son emitidos por el DHS bajo el Wis. Admin. Code § DHS 108.02(2) and (4). El manual en línea, los boletines y las actualizaciones de atención a largo plazo para adultos están disponibles para el proveedor a través del portal de ForwardHealth en <https://www.forwardhealth.wi.gov>. La omisión de cualquier término, condición o restricción pertinente de esta sección no exime al proveedor de cumplir con ese término, condición o restricción.
 - c. **No se requieren conocimientos reales.** El proveedor acepta cumplir con todos los términos, condiciones y restricciones pertinentes que rigen la participación del proveedor en Medicaid de Wisconsin, incluidos los programas de exención basados en el hogar y en la comunidad, independientemente de si el proveedor tiene conocimiento real de esos términos, condiciones y restricciones.
 - d. **Presentación de reclamaciones.** El proveedor se compromete a cumplir con todos los requisitos de presentación de reclamaciones definidos por el programa que autorizó el servicio y del cual el proveedor solicita el reembolso. Esto incluye, entre otras cosas: el DHS, la MCO o el agente fiscal del empleador (FEA) de IRIS, incluidas las metodologías de presentación electrónicas y basadas en la web que requieren la entrada de códigos de acceso seguros y discretos, pero no las firmas escritas del proveedor. El proveedor tiene la responsabilidad exclusiva de mantener la privacidad y la seguridad de cualquier código de acceso utilizado para enviar información al DHS, la MCO o el IRIS FEA. Cualquier persona que envíe información al DHS, al MCO o al FEA de IRIS, utilizando el código de acceso del proveedor, lo hace en nombre del proveedor, independientemente de si el proveedor dio permiso para usar el código de acceso, reveló el código de acceso a la persona o tenía conocimiento de que la persona conocía el código de acceso o lo usó para enviar información al DHS, la MCO, o al FEA de IRIS.
 - e. **Confidencialidad.** El proveedor está sujeto a las leyes federales y estatales pertinentes con respecto a la confidencialidad y la divulgación de registros médicos u otra información de salud, incluidas las

disposiciones de simplificación administrativa de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) para todos los servicios, información, transacciones (incluidas las transacciones electrónicas), privacidad y regulaciones de seguridad.

- f. **Reembolso.** El proveedor es responsable de reembolsar al DHS, al MCO o al programa IRIS cualquier pago en exceso basado en cualquier información presentada por el proveedor o por cualquier tercero en nombre del proveedor o NPI que utilice el código de acceso del proveedor, con o sin el conocimiento o consentimiento del proveedor, independientemente de la forma en que se envió la información.
 - g. **Sanciones.** El proveedor está sujeto a sanciones que pueden ser impuestas por el DHS en virtud de los Wis. Stat. § 49.45(2)(a)13 y el Wis. Admin. Code § DHS 106.08 en función de la información presentada por el proveedor o por cualquier tercero en nombre del proveedor o NPI que utilice el código de acceso del proveedor, con o sin el conocimiento o consentimiento del proveedor, independientemente de la forma en que se haya presentado la información.
3. **POLÍTICAS ESCRITAS PARA LOS EMPLEADOS:** Una entidad que reciba o realice pagos bajo un plan estatal de Medicaid o cualquier exención de dicho plan por un total de al menos \$5,000,000 anualmente deberá establecer políticas escritas para todos los empleados y contratistas de acuerdo con 42 U.S.C. § 1396a(68).
4. **CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS CIVILES:** El proveedor acepta todo lo siguiente:
- a. De conformidad con las disposiciones de la Section 1557 de la Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 (42 U.S.C. § 18116), el Title VI de la Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. § 2000d et seq.), la Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (29 U.S.C. § 701 et seq.), y los reglamentos que implementan estas Leyes, que se encuentran en 45 C.F.R. Partes 80, 84, 91 y 92, el proveedor no excluirá, denegará prestaciones ni discriminará de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de sexo, raza, color, nacionalidad, discapacidad o edad en la admisión, participación, ayuda o recepción de servicios y prestaciones en virtud de cualquiera de sus programas y actividades, así como en la asignación de personal y empleados a los pacientes, ya sea directamente por el proveedor o a través de un subcontratista o cualquier otra entidad con la que el proveedor acuerde llevar a cabo sus programas y actividades.
 - b. El proveedor cumplirá con todos los procedimientos de garantía, notificación, quejas y otros requisitos de las regulaciones federales antes mencionadas que se encuentran en 45 C.F.R. Partes 80, 84, 91 y 92.
 - c. El proveedor garantizará un acceso significativo a las personas con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) sin costo alguno para las personas LEP, de conformidad con 42 U.S.C. § 2000d, et seq., y 42 U.S.C. § 18116, y 45 C.F.R. Partes 80 y 92.
 - d. El proveedor se asegurará de que sus comunicaciones con las personas con discapacidades sean tan efectivas como sus comunicaciones con otras personas en sus programas y actividades de salud, incluidas sus comunicaciones electrónicas y de tecnología de la información, y proporcionará ayudas y servicios auxiliares adecuados, de conformidad con el Title II de la Americans with Disabilities Act (42 U.S.C. § 12131 et seq.) y 42 U.S.C. § 18116, y sus respectivos reglamentos de aplicación que se encuentran en 28 C.F.R. Parte 35 y 45 C.F.R. Parte 92.
 - e. El proveedor se compromete a cooperar con el DHS, la MCO o el programa IRIS en cualquier investigación, supervisión o aplicación de quejas relacionadas con el cumplimiento de los derechos civiles del proveedor o sus subcontratistas.
5. **TÉRMINOS DE REEMBOLSO:** El reembolso del proveedor por los servicios y artículos proporcionados correctamente bajo el Medicaid de Wisconsin, incluidos los programas de exención basados en el hogar y la comunidad, se rige por este acuerdo y los términos de reembolso que ahora están en vigencia en los manuales en línea y las actualizaciones de atención a largo plazo para adultos, o según se enmienden más adelante. Todas las reclamaciones están sujetas a auditoría posterior al pago y recuperación si la reclamación o la transacción subyacente no cumple con las leyes pertinentes, las regulaciones del manual en

línea, las actualizaciones de atención a largo plazo para adultos o la orientación del programa. Los términos de reembolso incluyen, entre otras cosas:

- a. El proveedor se compromete a proporcionar únicamente los artículos o servicios autorizados por el programa MCO o IRIS.
 - b. El proveedor se compromete a aceptar el pago emitido por la MCO o el FEA de IRIS como pago total por los artículos o servicios proporcionados.
 - c. El proveedor se compromete a no hacer reclamaciones o cargos adicionales por los artículos o servicios proporcionados.
6. **INSPECCIONES EN EL LUGAR:** El proveedor debe permitir que los centros de servicios de Medicare y Medicaid, HHS, DHS o sus agentes o contratistas designados realicen inspecciones in situ sin previo aviso de todas y cada una de las ubicaciones de los proveedores según 42 C.F.R. § 455.432.
7. **PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES:** El proveedor entiende y acepta que cada vez que el proveedor firma y presenta una reclamación, ya sea electrónicamente o de otra manera, el proveedor certifica que:
- a. La reclamación cumple con todas las leyes y regulaciones federales y estatales de Medicaid, incluidos, entre otros, el manual en línea, todas las actualizaciones de atención a largo plazo para adultos y otras pautas del programa.
 - b. La reclamación es veraz, precisa y completa y contiene servicios y artículos que se han suministrado o se han hecho suministrar de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes de Medicaid.
 - c. El proveedor no ha ofrecido, pagado ni recibido ninguna remuneración ilegal o cualquier otra cosa de valor a cambio de referir a un individuo a una persona para la prestación de cualquier servicio o artículo, o para organizar la prestación de cualquier servicio o artículo por el cual se pueda realizar un pago en su totalidad o en parte bajo Asistencia Médica en violación de 42 U.S.C. § 1320a-7b, Wis. Stat. § 946.91(3), o cualquier otro estatuto federal o estatal contra el soborno.
 - d. El proveedor no ha incurrido ni cometido fraude o abuso. "Fraude" incluye cualquier acto que constituya fraude según la ley federal o estatal pertinente.
 - e. El pago de las reclamaciones se realizará con fondos federales y estatales, o ambos; que el cumplimiento de los requisitos anteriores es una condición previa al pago y está condicionado al cumplimiento de todas las leyes estatales y federales de Medicaid, el manual en línea, las actualizaciones de cuidado a largo plazo para adultos y todas las demás directrices del programa y, por lo tanto, no se realizará ningún pago por servicios que infrinjan dichos requisitos; cualquier reclamación presentada o que se haya hecho presentar, o cualquier declaración realizada o utilizada incumpliendo los requisitos anteriores, constituye una reclamación falsa o fraudulenta a efectos de responsabilidad en virtud del 31 U.S.C. § 3729 o el Wis. Stats. §§ 49.485 y 49.49; y que cualquier reclamo falso o declaración de ocultamiento o falta de divulgación de un hecho material puede ser procesado bajo la ley federal o estatal pertinente.
8. **RECLAMACIONES FALSAS:** Cualquier acto u omisión por parte del personal del proveedor o de cualquier entidad que actúe en nombre del proveedor se considerará propio del proveedor, incluidos los actos u omisiones que infrinjan los estatutos federales o estatales penales y civiles de reclamaciones falsas.
9. **EXTRAPOLACIÓN PARA DETERMINAR EL SOBREPAGO:** La extrapolación bajo el Wis. Admin. Code § DHS 105.01(3)(f) se puede utilizar como método para calcular el monto adeudado por el proveedor al Medicaid de Wisconsin cuando se ha determinado, como resultado de una investigación o auditoría realizada por el DHS, la unidad de control de fraude contra Medicaid del Department of Justice (DOJ), el HHS, la Federal Bureau of Investigation, o un agente autorizado de cualquiera de estas entidades, sobre la base de una muestra de reclamaciones, de que al proveedor se le pagó de más.
10. **ESTADO INACTIVO:** El hecho de que el proveedor no presente reclamaciones de pago durante más de un período de 12 meses consecutivos puede resultar en que el proveedor pase al estado inactivo. Un proveedor

no es elegible para el reembolso por los servicios prestados mientras está en estado inactivo. Un proveedor colocado en estado inactivo debe volver a presentar una solicitud al Medicaid de Wisconsin para reactivar su estado.

11. **LICENCIA:** El proveedor certifica que el proveedor y cada persona empleada por él con el fin de proporcionar servicios poseen todas las licencias o derechos similares y cumplen con otros requisitos especificados en el estatuto, reglamento, regla o autoridad del programa federal o estatal para la prestación del servicio.
12. **TERMINACIÓN VOLUNTARIA:** El proveedor puede terminar su certificación para participar en Medicaid de Wisconsin según lo dispuesto en el Wis. Admin. Code § DHS 106.05.
13. **TERMINACIÓN INVOLUNTARIA:** El DHS puede cancelar o suspender la certificación del proveedor en virtud de este acuerdo según lo dispuesto en el Wis. Admin. Code § DHS 106.06.
14. **DURACIÓN:** Este acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto siempre y cuando el proveedor esté certificado para participar en el Medicaid de Wisconsin bajo el Wis. Admin. Code ch. DHS 105 o en los programas de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad de Medicaid bajo la Exención de IRIS o la Exención de Family Care.
15. **DECLARACIÓN DE HECHO MATERIAL:** El proveedor reconoce que cualquier declaración hecha en este acuerdo o en el proceso de solicitud del proveedor constituye una declaración o representación de un hecho material hecho o causado por el proveedor a sabiendas y deliberadamente para un beneficio o pago, o para su uso en la determinación de los derechos a dicho beneficio o pago. Según los Wis. Stat. § 49.49(1d) y (4m), si dichas declaraciones o representaciones son falsas, el proveedor puede estar sujeto a sanciones penales o de otro tipo.
16. **ATESTACIÓN:** El proveedor reconoce y certifica el cumplimiento de todas las declaraciones a continuación.
 - a. El proveedor tiene políticas escritas con respecto a las pruebas de enfermedades transmisibles, así como protocolos establecidos para los resultados positivos, para todo el personal.
 - b. El proveedor tiene documentación para respaldar todas las declaraciones realizadas dentro de esta solicitud y acepta proporcionar al DHS dicha documentación cuando se le solicite.
 - c. El proveedor cuenta con políticas y procedimientos por escrito para abordar la escasez de personal.
 - d. El proveedor tiene un plan de continuidad de operaciones, específicamente relacionado con la preparación para emergencias o desastres.
 - e. Si un miembro o participante sufre una emergencia médica en presencia del proveedor, éste llamará al 911 para acceder a los servicios de emergencia y esperará con el miembro o participante hasta que los socorristas estén en el lugar, hayan evaluado la situación y hayan hecho cargo del miembro o participante en caso necesario.
 - f. El proveedor cuenta con políticas y procedimientos para la contratación que incluyen la revisión de los resultados del Department of Justice de Wisconsin y el formulario de Background Information Disclosure (BID), F-82064. Las políticas y los procedimientos del proveedor incluyen acciones que el proveedor tomará en función de los resultados de la verificación de antecedentes, de conformidad con los Wis. Stat. § 50.065(2)(bb), (br) y (2m) y el Wis. Admin. Code §§ DHS 12.06 y 12.115.
 - g. El proveedor completa las verificaciones de antecedentes penales y de cuidadores del Department of Justice de Wisconsin a su propio costo para todas las personas que brindarán atención a los miembros y los participantes, ya sea un empleado o contratista de una entidad o un propietario único, antes de que la(s) persona(s) brinde(n) servicios directos a un miembro o participante y como mínimo cada cuatro (4) años a partir de entonces o en cualquier momento en que la organización o agencia tenga una razón para creer que se debe realizar una nueva verificación.

- h. De conformidad con el Wis. Admin. Code chs. DHS 12 y 13, antes de proporcionar servicios que resulten en contacto directo con miembros o participantes, el proveedor verifica a todas las personas que brindarán atención a los miembros o participantes, ya sea un empleado o contratista de una entidad o un propietario único, que no aparezcan en la lista de personas excluidas en el registro de conducta inadecuada del DHS de Wisconsin. El proveedor eliminará a cualquier empleado que se encuentre en el registro de conducta inadecuada de cualquier trabajo relacionado con cualquier programa de atención médica estatal o federal. Se puede acceder al registro de conducta inadecuada en: <https://wi.tmuniverse.com/search>.
- i. El proveedor entiende que el Department of Justice de EE. UU. puede imponer sanciones monetarias civiles a cualquier persona que contrate a una persona o entidad excluida. El proveedor se compromete a consultar la base de datos en línea de la Lista de personas o entidades excluidas de la Office of Inspector General (OIG) del HHS (Base de datos de exclusiones) para todas las nuevas contrataciones y al menos trimestralmente para los empleados existentes para asegurarse de que ningún empleado excluido trabaje en ninguna capacidad relacionada con ningún programa de atención médica estatal o federal. El proveedor eliminará a cualquier empleado que se encuentre en la base de datos de exclusiones de la OIG de cualquier trabajo relacionado con cualquier programa de atención médica estatal o federal. La OIG mantiene una base de datos en línea en: <https://exclusions.oig.hhs.gov/>.
- j. Según corresponda, el proveedor deberá tener una política escrita y capacitar a su personal para informar de inmediato todas las alegaciones de conducta inadecuada, incluido el abuso y la negligencia de un miembro o participante o la apropiación indebida de la propiedad de un miembro o participante.
- k. El proveedor requerirá, a través de una política y procedimientos escritos, que las personas, ya sea un empleado o contratista de una entidad o un propietario único, informen las condenas o investigaciones penales a su supervisor inmediato lo antes posible, pero a más tardar el siguiente día hábil según el Wis. Admin. Code § DHS 12.07 (1).
- l. De conformidad con el Wis. Admin. Code DHS § 12.10, el proveedor conservará en sus archivos personales los siguientes documentos relacionados con todas las personas que brindan atención directa a los miembros y los participantes: formulario Background Information Disclosure (BID) pertinente, F-82064, y resultados de búsqueda del Department of Justice de Wisconsin, el Department of Health Services (DHS) y el Department of Safety and Professional Services de Wisconsin, así como registros de fuera del estado, procedimientos judiciales tribales y registros militares, de acuerdo con las búsquedas requeridas en los Estatutos de Wisconsin § 50.065(2) y el Wis. Stat. § DHS 12.08. El proveedor pondrá estos documentos a disposición del DHS si los solicita.
- m. El proveedor se asegura de que el personal pueda realizar las habilidades requeridas en la descripción de su puesto antes del desempeño inicial.
- n. El proveedor garantiza y documenta las calificaciones de cada miembro del personal, incluida la preparación académica y la experiencia relevante, la verificación de la licencia actual, las certificaciones y los registros para ejercer en Wisconsin que son pertinentes o requeridos por las funciones del miembro del personal. Previa solicitud, el proveedor facilitará cualquier documentación pertinente al DHS.
- o. El proveedor se asegura de que el personal que trabaja con ancianos frágiles o poblaciones discapacitadas tenga experiencia documentada de trabajo con ancianos frágiles o poblaciones discapacitadas o que el proveedor tenga planes para garantizar que el personal esté adecuadamente capacitado.
- p. El proveedor mantiene un plan de capacitación para cada miembro del personal que brinda o brindará atención directa a los miembros o participantes y tiene un mecanismo para garantizar que se haya completado toda la capacitación necesaria antes de realizar el trabajo y que se documente la finalización de todas las capacitaciones.
- q. El proveedor mantendrá la documentación de que el personal recibe capacitación anual sobre cumplimiento, fraude, despilfarro y abuso.

- r. El proveedor se asegura de que el personal esté capacitado en los requisitos de registro e informes del DHS para documentación, informes de incidentes críticos y otra información y procedimientos necesarios para que el personal garantice la salud y la seguridad de los miembros y los participantes que reciben apoyos. Los requisitos pertinentes están documentados en el [Family Care Contract, Family Care Partnership, and PACE: Managed Care Organization Contracts](#) y el [IRIS \(Include, Respect, I Self-Direct\) Support Services Provider Training Standards](#), P-03071.
- s. El proveedor se asegura de que el personal esté capacitado sobre las necesidades del grupo objetivo al que atienden.
- t. El proveedor se asegura de que el personal esté capacitado en la prestación de los servicios que se brindan.
- u. Según corresponda, el proveedor se asegura de que el personal haya sido capacitado o sea capacitado sobre las necesidades, fortalezas y preferencias de la(s) persona(s) atendida(s), antes de brindar atención directa.
- v. El proveedor se asegura de que todo el personal esté capacitado sobre los derechos y las disposiciones de privacidad pertinentes a los proveedores, los miembros y los participantes en Wisconsin, incluidas las disposiciones de derechos y privacidad garantizadas por la HIPAA, Wis. Stat. cap. 146 y el [Family Care Contract, Family Care Partnership, and PACE: Managed Care Organization Contracts](#) y el [IRIS \(Include, Respect, I Self-Direct\) Support Services Provider Training Standards](#).
- w. El proveedor se abstendrá de influir en una persona para que no se inscriba o cancele su inscripción en otra MCO o en el programa IRIS.

Mediante la firma, el proveedor o representante autorizado jura o afirma bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este acuerdo es verdadera y precisa. Mediante la firma, el proveedor certifica que ha leído el manual en línea del proveedor de exenciones de LTC y todas las regulaciones.

Nombre del proveedor	
NPI	Identificación de proveedor asignado por Medicaid
Dirección (Esta es la dirección del consultorio del proveedor.)	
Línea de dirección 1	
Línea de dirección 2	
Ciudad	Estado
Código postal +4	
FIRMA – Proveedor o Representante Autorizado	Fecha de la firma
Título	

FOR DMS USE ONLY (Do not write below this line.)

SIGNATURE – Department of Health Services

Date

9/15/2024



Nota: Las ocho páginas de este acuerdo deben devolverse juntas.

Importante! Esta información no es opcional. No se proporcionará una fecha de inicio del empleo mientras esta forma no haya sido completada y devuelta.

Nombre del Trabajador de Cuidados Directos (Empleado): _____

Nombre del Participante (Empleador): _____

La siguiente información es el entrenamiento mínimo requerido para ser completado por el Trabajador de Cuidados Directos del Participante. Seleccione la o las casillas pertinentes e indique cual o cuales entrenamientos fueron completados y de cuales esta exento el Trabajador de Cuidados Directos dada su experiencia previa.

CUIDADOS PERSONALES: ENTRENAMIENTO REQUERIDO

1. Orientación sobre Políticas y Cuidados del Participante
2. Provisión Segura de Servicios
3. Reconocer y Responder a Emergencias
4. Información Específica del Empleador
5. Información General del Grupo Objetivo
6. Trabajar Eficazmente con el Participante
7. Servicios del Hogar

Entrenamiento Requerido Cumplido

Exento Debido a Experiencia Previa

N/A No Aplica

SERVICIOS DE TAREAS DOMÉSTICAS: ENTRENAMIENTO REQUERIDO

1. Orientación sobre Políticas y Cuidados del Participante
2. Provisión Segura de Servicios
3. Reconocer y Responder a Emergencias
4. Información Específica del Empleador

Entrenamiento Requerido Cumplido

Exento Debido a Experiencia Previa

N/A No Aplica

HABILIDADES PARA LA VIDA DIARIA: ENTRENAMIENTO REQUERIDO

1. Orientación sobre Políticas y Cuidados del Participante
2. Provisión Segura de Servicios
3. Reconocer y Responder a Emergencias
4. Información Específica del Empleador

Entrenamiento Requerido Cumplido

Exento Debido a Experiencia Previa

N/A No Aplica

HABILIDADES PARA LA ATENCIÓN DE RELEVO: ENTRENAMIENTO REQUERIDO

1. Orientación sobre Políticas y Cuidados del Participante
2. Provisión Segura de Servicios
3. Reconocer y Responder a Emergencias
4. Información Específica del Empleador
5. Información General del Grupo Objetivo
6. Trabajar Eficazmente con el Participante
7. Servicios del Hogar

Entrenamiento Requerido Cumplido

Exento Debido a Experiencia Previa

N/A No Aplica

Firma del Trabajador de Cuidados Directos (Empleado)

Fecha

Firma del Participante (Empleador)

Fecha