

NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBLIGATORIO/OPCIONAL
Formulario de Autorización del Participante	Obligatorio
Formulario de Roles y Responsabilidades	Obligatorio
Forma SS-4: Solicitud de Número de Identificación Patronal	Obligatoria
Forma 2678: Nombramiento de Agente Empleador/Pagador	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 _____.



PAQUETE DEL PARTICIPANTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PARTICIPANTE

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: (Por favor ingrese la información tal y como aparece en su tarjeta del Seguro Social)

Nombre Completo del Participante: _____
Nombre Inicial Apellido

Tutor/Apoderado Legal (si lo hay): _____

Dirección de Correo: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

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

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Condado: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

- Yo, _____, autorizo a Lori Knapp Choice™ a actuar como Agente Fiscal, incluyendo pero no limitándose a presentar declaraciones, hacer depósitos, o pagos de impuestos de nóminas, solicitar el Número Federal de Identificación de Empleador, y acceder cualquier registro de nómina previo para asegurar que sean correctos.
- Yo, _____, autorizo a mi fuente de financiación a entregar una copia de mi Carta Poder vigente o documentación Tutelar a Lori Knapp Choice™.
- OPCIONAL:** Lori Knapp Choice™ ofrece la opción de aprobar horas de manera electrónica por medio de Web Entry en lugar de utilizar hojas de control de tiempos por escrito. Para utilizar Web Entry, tanto el Participante como el Empleado/Trabajador de Cuidados Directos deben tener una dirección válida de correo electrónico y aceptar usar Web Entry. Desearía recibir la información para ingresar a Web Entry por correo electrónico una vez que obtengamos la fecha fiscal de inicio aprobada?
Si No
- OPCIONAL:** Yo, _____, autorizo a Lori Knapp Choice™ to a compartir detalles de autorización, información de empleados, y cualquier cambio a:

Nombre Completo: _____

Número de Teléfono: _____

Comprendo que esto es voluntario y se puede revocar en cualquier momento mediante solicitud por escrito a Lori Knapp Choice™.

- OPCIONAL:** Yo, _____, autorizo a:

Nombre Completo: _____

Número de Teléfono: _____

para firmar las hojas de control de tiempos de mis empleados en caso de que yo o mi Tutor/Apoderado Legal estemos incapacitados o fallezcamos, para evitar que las hojas de control de tiempos se incluyan en el proceso de sucesión.

Nombre del Participante/Empleador: _____.

ROLES Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE O SU TUTOR/APODERADO

1. Llenar todas los formulario requeridos para inscribirse en el programa de empleo fiscal.
2. El Empleado/Trabajador de Cuidados Directos no puede comenzar hasta que se haya llenado toda la papelería y la fecha de inicio haya sido dada al Empleador y Empleado por el Agente Fiscal, Lori Knapp Choice™.
3. Asegúrese que Lori Knapp Choice™ tenga el registro de su actual Tutor o Apoderado Legal, si lo hay.
4. Entienda que el Participante es el Empleador Registrado que elige a sus empleados, no Lori Knapp Choice™. Lori Knapp Choice™ asistirá con las tareas administrativas y proveerá servicios de nóminas para los empleados contratados por el Empleador.
5. Como Participante/Empleador, usted es responsable de:
 - Seleccionar, contratar, entrenar y supervisar a sus empleados.
 - Las acciones de sus empleados
 - Acciones realizadas como empleador con respecto a sus empleados
6. Seguir todas las reglas estatales y federales correspondientes a los procesos de empleador, igualdad de oportunidades de empleo, no discriminación, y todas las demás leyes para asegurar la utilización de prácticas justas y consistentes.
7. Reportar cargos actuales o denuncias pendientes por abuso o negligencia de su empleado a su Gerente de Cuidados (Care Manager) o a Lori Knapp Choice™.
8. Responsabilizarse de informar a Lori Knapp Choice™ cambios en el estatus laboral del empleado.
9. Asegurarse que el empleado reporte lesiones laborales en menos de 24 de que sucedan a Lori Knapp Choice™ llamando al 844.534.7225.
10. Seguir las autorizaciones requeridas por su fuente de financiación.
11. Para asegurar la precisión de los datos, revise con detenimiento que cada entrada en las hojas de control de tiempos sea correcta. Una vez que esté satisfecho, firme y feche el documento usando únicamente tinta azul o negra. Asegúrese de hacer esto el último día o después de la fecha de cierre de servicios del periodo de pago.
12. Si es necesario, asegúrese que sus empleados estén utilizando la Verificación Electrónica de Visitas (EVV). Los código requeridos son: S5125, S5126, T1019 y T1020. Según sea necesario, ayude a Lori Knapp Choice™ con correcciones de EVV.
13. Este atento a Fraude y Abuso. No firme hojas de control de tiempos con horas incorrectas o información falsa que pudieran generar un pago incorrecto. Si tiene cualquier preocupación sobre las hojas de control de tiempos contacte a Lori Knapp Choice™.
14. Si ocurre un error en el procesamiento de la nómina, se espera que usted y sus empleados ayuden a corregir el error.
15. Es responsable de informar a Lori Knapp Choice™ sobre cualquier empleado que no trabaje en 60 días o mas.
16. Entienda que si no hay persona designada en la forma de Autorización de Asociados de Lori Knapp Choice™ para aprobar las hojas de control de tiempos, debido a incapacidad o muerte, sus empleados tendrán que esperar a ser pagados hasta que el trámite sucesorio determine a un responsable legal para hacerlo.

ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LA AGENCIA FISCAL DE EMPLEO:

1. Proveer y coordinar la documentación necesaria para inscribir al Empleador y sus empleados.
2. Solicitar el Número de Identificación Federal, seguro de riesgo de trabajo (workers compensation) y procesar la documentación necesaria para el programa de agente fiscal.
3. Pagar los salarios autorizados a los empleados de acuerdo a las hojas de control de tiempos aprobadas.
4. Presentar declaraciones mensuales y hacer los pagos de impuestos pertinentes, incluyendo el Impuesto Sobre la Renta Estatal, depósitos de Impuesto Sobre la Renta Federal, embargos, gravámenes y deducciones ordenadas por un juez.
5. Presentar declaraciones trimestrales y hacer los pagos de impuestos pertinentes, incluyendo la forma 941, Schedule R, UCT 101, y los reportes de nóminas estatales.
6. Presentar declaraciones anuales y hacer los pagos de impuestos pertinentes, incluyendo las W-2, W-3, FUTA 940, Schedule R, WT-7 para Wisconsin, y checar que se genere el reembolso de FICA a los empleados que estén por debajo de umbral anual.
7. Mantener los registros de nóminas para el empleador y empleados de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales.
8. Presentar solicitudes de reembolso a la agencia de financiación a nombre del participante.
9. Informar al participante y Gerente de Cuidados cuando las horas excedan las autorizadas.
10. Informar al participante sobre nuestro portal de Agente Fiscal - una herramienta que pueden utilizar para entrenamiento y otras funciones relacionadas con el empleador.
11. Ofrecer un servicio al cliente excelente para que el participante pueda obtener grandes resultados.

Resumen: El Participante es el Empleador Registrado y es responsable de todas las prácticas de personal y sus empleados. La relación del Agente Fiscal Lori Knapp Choice™ con el Participante es la de realizar tareas administrativas limitadas y servicios de nóminas para el Participante y sus Empleados. Ninguna parte es empleado o representante de la otra.

Lori Knapp Choice™ no es responsable de ninguna demanda o reclamación que resulte de las acciones de los Empleados del Participante. Cualquier daño o costos generados, incluyendo los costos legales, serán cubiertos por el Participante.

Las firmas y fechas al calce indican comprensión y aceptación del acuerdo.

Nombre Completo del Participante: _____

Tutor/Apoderado Legal (si lo hay): _____

Firma de Participante o su Tutor/Apoderado: _____ Fecha: _____

Solicitud de Número de Identificación del Empleador (EIN)
(Para ser usado por empleadores, sociedades anónimas, sociedades colectivas, fideicomisos, caudales, iglesias, agencias gubernamentales, entidades de tribus indígenas de los EE. UU., ciertos individuos y otros).
Vea las instrucciones por separado para cada línea. Conserve una copia para sus archivos.
Visite www.irs.gov/FormSS4SP para obtener las instrucciones y la información más reciente.

OMB No. 1545-0003

EIN

Escriba a máquina o en letra de molde.	1	Nombre legal de la entidad (o persona física) por la que se solicita un EIN HCSR	2	Nombre comercial de la entidad (si es distinto al de la línea 1)														
	3	Nombre del albacea, administrador, fiduciario o persona a cargo	5a	Dirección del negocio (si es diferente) (No puede ser un apartado postal).														
	4a	Dirección postal (núm. de hab., apt. u oficina y calle; o apartado postal) 106 S. Beaumont Rd	5b	Ciudad, estado y código postal (ZIP) (Si es en el extranjero, vea las instrucciones).														
	4b	Ciudad, estado y código postal (ZIP) (Si es en el extranjero, vea las instrucciones). Prairie du Chien, WI 53821	6	Nombre del estado (y/o condado) donde está ubicado el negocio principal County, WI														
	7a	Nombre de la persona o parte responsable	7b	SSN, ITIN o EIN														
8a	¿Es la solicitud para una compañía de responsabilidad limitada (LLC) (o para una entidad extranjera equivalente)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		8b	Si contesta "Sí" en la línea 8a, anote el número de miembros de la LLC 0														
8c	Si contesta "Sí" en la línea 8a, ¿fue organizada la LLC en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																	
9a	Tipo de entidad (marque sólo un recuadro). Precaución: Si contestó "Sí" en la línea 8a, vea las instrucciones para saber qué recuadro marcar. <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/> Dueño único de un negocio (SSN)</td> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/> Caudal (SSN del difunto)</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Sociedad colectiva</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Administrador de un plan (TIN)</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Sociedad anónima (anote núm. de formulario que presentará)</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Fideicomiso (TIN del cesionista)</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Sociedad anónima de servicios personales</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Militar/Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/local</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Iglesia u organización controlada por una iglesia</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Cooperativa agrícola <input type="checkbox"/> Gobierno federal</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Otra organización sin fines de lucro (especifique)</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> REMIC (vea las inst.) <input type="checkbox"/> Gobiernos o empresas tribales</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR</td> <td style="border:none;">Núm. de grupo de exención (GEM) si lo hay</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Dueño único de un negocio (SSN)	<input type="checkbox"/> Caudal (SSN del difunto)	<input type="checkbox"/> Sociedad colectiva	<input type="checkbox"/> Administrador de un plan (TIN)	<input type="checkbox"/> Sociedad anónima (anote núm. de formulario que presentará)	<input type="checkbox"/> Fideicomiso (TIN del cesionista)	<input type="checkbox"/> Sociedad anónima de servicios personales	<input type="checkbox"/> Militar/Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/local	<input type="checkbox"/> Iglesia u organización controlada por una iglesia	<input type="checkbox"/> Cooperativa agrícola <input type="checkbox"/> Gobierno federal	<input type="checkbox"/> Otra organización sin fines de lucro (especifique)	<input type="checkbox"/> REMIC (vea las inst.) <input type="checkbox"/> Gobiernos o empresas tribales	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR	Núm. de grupo de exención (GEM) si lo hay
<input type="checkbox"/> Dueño único de un negocio (SSN)	<input type="checkbox"/> Caudal (SSN del difunto)																	
<input type="checkbox"/> Sociedad colectiva	<input type="checkbox"/> Administrador de un plan (TIN)																	
<input type="checkbox"/> Sociedad anónima (anote núm. de formulario que presentará)	<input type="checkbox"/> Fideicomiso (TIN del cesionista)																	
<input type="checkbox"/> Sociedad anónima de servicios personales	<input type="checkbox"/> Militar/Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/local																	
<input type="checkbox"/> Iglesia u organización controlada por una iglesia	<input type="checkbox"/> Cooperativa agrícola <input type="checkbox"/> Gobierno federal																	
<input type="checkbox"/> Otra organización sin fines de lucro (especifique)	<input type="checkbox"/> REMIC (vea las inst.) <input type="checkbox"/> Gobiernos o empresas tribales																	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR	Núm. de grupo de exención (GEM) si lo hay																	
9b	Si es una sociedad anónima, anote el estado o el país extranjero (si corresponde) donde se incorporó.		Estado	País extranjero														
10	Motivo por el cual hace la solicitud (marque sólo un recuadro). <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/> Comenzó un nuevo negocio (especifique)</td> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/> Para propósitos bancarios (especifique)</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Contrató empleados. (Marque aquí y vea la línea 13).</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Cambió el tipo de organización (especifique)</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Conformidad con las reglas de retención del IRS</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Compró un negocio establecido</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Estableció un fideicomiso (especifique)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Estableció un plan de pensiones (especifique)</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Comenzó un nuevo negocio (especifique)	<input type="checkbox"/> Para propósitos bancarios (especifique)	<input type="checkbox"/> Contrató empleados. (Marque aquí y vea la línea 13).	<input type="checkbox"/> Cambió el tipo de organización (especifique)	<input type="checkbox"/> Conformidad con las reglas de retención del IRS	<input type="checkbox"/> Compró un negocio establecido	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR	<input type="checkbox"/> Estableció un fideicomiso (especifique)		<input type="checkbox"/> Estableció un plan de pensiones (especifique)				
<input type="checkbox"/> Comenzó un nuevo negocio (especifique)	<input type="checkbox"/> Para propósitos bancarios (especifique)																	
<input type="checkbox"/> Contrató empleados. (Marque aquí y vea la línea 13).	<input type="checkbox"/> Cambió el tipo de organización (especifique)																	
<input type="checkbox"/> Conformidad con las reglas de retención del IRS	<input type="checkbox"/> Compró un negocio establecido																	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR	<input type="checkbox"/> Estableció un fideicomiso (especifique)																	
	<input type="checkbox"/> Estableció un plan de pensiones (especifique)																	
11	Fecha en que se estableció o adquirió el negocio (mes, día y año). Vea las instrucciones.		12	Mes en el que se cierra el año contable December														
13	Número máximo de empleados que espera tener en los próximos 12 meses (anote "-0-" si no espera tenerlos). Si no espera tener empleados, omita la línea 14. <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">Agropecuarios</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Domésticos</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Otros</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> </tr> </table>		Agropecuarios	Domésticos	Otros	0	0	0	14	Si espera que su obligación tributaria sobre la nómina sea \$1,000 o menos en un año natural completo y desea presentar el Formulario 944 anualmente en lugar de presentar los Formularios 941 trimestralmente, marque aquí. (Su obligación tributaria sobre la nómina generalmente será \$1,000 o menos si la totalidad de los salarios que espera pagar es \$5,000 o menos, \$6,536 o menos si está en un territorio de los EE. UU.). Si no marca este recuadro, tiene que presentar el Formulario 941 para cada trimestre. <input type="checkbox"/>								
Agropecuarios	Domésticos	Otros																
0	0	0																
15	Fecha en que por primera vez se pagaron los salarios o anualidades (mes, día y año). Nota: Si el solicitante es un agente de retención, anote la fecha en que por primera vez se harán pagos a un extranjero no residente (mes, día y año)																	
16	Marque un recuadro que mejor describa la actividad principal del negocio. <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%; border:none;"><input type="checkbox"/> Construcción</td> <td style="width:25%; border:none;"><input type="checkbox"/> Alquiler y arrendamiento</td> <td style="width:25%; border:none;"><input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento</td> <td style="width:25%; border:none;"><input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Ventas al por menor</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Bienes inmuebles</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Manufactura</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Alojamiento y servicios de alimentación</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Ventas al por mayor</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Finanzas y seguros</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/> Ventas al por mayor: agente/corredor</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Alquiler y arrendamiento	<input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento	<input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social	<input type="checkbox"/> Ventas al por menor	<input type="checkbox"/> Bienes inmuebles	<input type="checkbox"/> Manufactura	<input type="checkbox"/> Alojamiento y servicios de alimentación	<input type="checkbox"/> Ventas al por mayor	<input type="checkbox"/> Finanzas y seguros	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR	<input type="checkbox"/> Ventas al por mayor: agente/corredor		
<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Alquiler y arrendamiento	<input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento	<input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social															
<input type="checkbox"/> Ventas al por menor	<input type="checkbox"/> Bienes inmuebles	<input type="checkbox"/> Manufactura	<input type="checkbox"/> Alojamiento y servicios de alimentación															
<input type="checkbox"/> Ventas al por mayor	<input type="checkbox"/> Finanzas y seguros	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) HCSR	<input type="checkbox"/> Ventas al por mayor: agente/corredor															
17	Indique la línea principal de mercancía vendida, construcción hecha, productos elaborados o servicios provistos. HCSR																	
18	¿Alguna vez ha solicitado y recibido la entidad solicitante indicada en la línea 1 un número de identificación del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", anote el EIN anterior aquí																	

Tercero Autorizado	Complete esta sección sólo si desea autorizar que la persona indicada reciba el EIN de la entidad y que aclare toda duda sobre la preparación de este formulario.		
	Nombre del tercero autorizado Jennifer Jeidy	Núm. de teléfono del tercero (incluya el código de área)	608-326-0434
	Dirección y código postal (ZIP) 106 S. Beaumont Rd, Prairie du Chien, WI 53821	Núm. de fax del tercero (incluya el código de área)	1-844-634-7225
Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado esta solicitud, y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa.		Núm. de teléfono del solicitante (incluya el código de área)	
Nombre y cargo (escriba a máquina o en letra de molde)		Núm. de fax del solicitante (incluya el código de área)	
Firma		Fecha	

Vea a continuación para determinar si necesita un *EIN*. Sin embargo, para más información sobre cómo solicitar un *EIN*, incluyendo cómo presentar una solicitud de *EIN*, vea las instrucciones por separado en www.irs.gov/FormSS4SP.

¿Necesito un *EIN*?

Presente el Formulario SS-4 si el solicitante no tiene actualmente un *EIN*, pero se le requiere incluir un *EIN* en cualquier declaración u otro documento¹. Vea también las instrucciones por separado para cada línea del Formulario SS-4.

SI el solicitante...	Y...	ENTONCES...
estableció un nuevo negocio	actualmente no tiene (ni espera tener) empleados	complete las líneas 1, 2, 4a a 8a, 8b a 8c (si corresponden), 9a, 9b (si corresponde), 10 a 14 y 16 a 18 .
contrató (o contratará) empleados, incluyendo empleados domésticos	no tiene un <i>EIN</i>	complete las líneas 1, 2, 4a a 6, 7a a 7b, 8a, 8b a 8c (si corresponden), 9a, 9b (si corresponde) y 10 a 18 .
abrió una cuenta bancaria	le hace falta un <i>EIN</i> sólo para propósitos bancarios	complete las líneas 1 a 5b, 7a a 7b, 8a, 8b a 8c (si corresponden), 9a, 9b (si corresponde), 10 y 18 .
cambió el tipo de organización	cambió el carácter legal o la posesión legal de la entidad (por ejemplo, incorporó una entidad que es dueño único de negocio o estableció una sociedad colectiva) ²	complete las líneas 1 a 18 (según correspondan).
compró un negocio ya establecido ³	no tiene un <i>EIN</i>	complete las líneas 1 a 18 (según correspondan).
estableció un fideicomiso	dicho fideicomiso no es un fideicomiso cesionista o un fideicomiso de un arreglo <i>IRA</i> ⁴	complete las líneas 1 a 18 (según correspondan).
estableció un plan de pensiones como administrador del plan ⁵	necesita un <i>EIN</i> para propósitos de la declaración	complete las líneas 1, 3, 4a a 5b, 7a a 7b, 9a, 10 y 18 .
es una persona o entidad extranjera que necesita un <i>EIN</i> para cumplir con el reglamento de retención del <i>IRS</i>	necesita un <i>EIN</i> para completar un Formulario W-8 (que no sea el Formulario W-8ECI), evitar retenciones sobre los activos en cartera (<i>portfolio assets</i>) o reclamar beneficios de un tratado tributario ⁶	complete las líneas 1 a 5b, 7a a 7b (el <i>SSN</i> o el <i>ITIN</i> según corresponda), 8a, 8b a 8c (si corresponden), 9a, 9b (si corresponde), 10 y 18 .
administra un caudal	necesita un <i>EIN</i> para declarar ingresos del caudal en el Formulario 1041	complete las líneas 1 a 7b, 9a, 10 a 12, 13 a 17 (si corresponden) y 18 .
es un agente de retención de impuestos sobre ingresos no derivados del pago de salarios y pagados a un extranjero (es decir, un individuo, sociedad anónima, sociedad colectiva, etc.)	es un agente, corredor, fiduciario, administrador, arrendatario o cónyuge que tiene que presentar el Formulario 1042, <i>Annual Withholding Tax Return for U.S. Source Income of Foreign Persons</i> (Declaración anual de la retención de impuestos para personas extranjeras con fuentes de ingresos estadounidenses)	complete las líneas 1, 2, 3 (si corresponde), 4a a 5b, 7a a 7b, 8a, 8b a 8c (si corresponden), 9a, 9b (si corresponde), 10 y 18 .
es una agencia estatal o local	sirve de agente declarante para personas que reciben pagos de asistencia pública conforme al <i>Revenue Procedure 80-4</i> (Procedimiento Administrativo Tributario 80-4), 1980-1 C.B. 581 ⁷	complete las líneas 1, 2, 4a a 5b, 7a a 7b, 9a, 10 y 18 .
es una <i>LLC</i> de un solo miembro (o entidad similar de un solo miembro)	necesita un <i>EIN</i> para poder presentar el Formulario 8832, <i>Entity Classification Election</i> (Elección de clasificación de entidad), para presentar declaraciones de impuestos sobre la nómina y declaraciones de impuestos sobre artículos de uso y consumo, o para propósitos de declaraciones estatales ⁸ , o es una entidad ignorada estadounidense de posesión extranjera que necesita un <i>EIN</i> para presentar el Formulario 5472, <i>Information Return of a 25% Foreign-Owned U.S. Corporation or a Foreign Corporation Engaged in a U.S. Trade or Business</i> (Declaración informativa de una sociedad anónima estadounidense con un 25% de posesión extranjera o una sociedad anónima extranjera ejerciendo una ocupación o negocio en los EE. UU.)	complete las líneas 1 a 18 (según correspondan).
es una sociedad anónima de tipo S	necesita un <i>EIN</i> para poder presentar el Formulario 2553, <i>Election by a Small Business Corporation</i> (Elección hecha por una sociedad anónima que es un pequeño negocio) ⁹	complete las líneas 1 a 18 (según correspondan).

¹ Por ejemplo, una entidad que es dueño único de negocio o un agricultor que trabaja por cuenta propia y establece un plan calificado de jubilación o está obligado a presentar declaraciones de impuestos sobre artículos de uso y consumo, sobre la nómina, sobre alcohol, tabaco o armas de fuego, tiene que tener un *EIN*. Una sociedad colectiva, sociedad anónima, conducto de inversión hipotecaria en bienes inmuebles (*REMIC*, por sus siglas en inglés), organización sin fines de lucro (iglesia, club, etc.) o una cooperativa agropecuaria tiene que usar un *EIN* para cualquier propósito tributario, aun cuando dicha entidad no tenga empleados.

² Sin embargo, no solicite un nuevo *EIN* si la entidad en cuestión únicamente (a) cambió su nombre comercial, (b) eligió en el Formulario 8832 cambiar la manera en que se le gravan impuestos (o en que está sujeta a las reglas por defecto) o (c) terminó su clasificación de sociedad colectiva porque al menos el 50% del total de los intereses en el capital y en las ganancias de la sociedad se vendieron o intercambiaron dentro de un plazo de 12 meses. Debe continuar usando el *EIN* de la sociedad colectiva terminada. (Vea la sección 301.6109-1(d)(2)(iii) del Reglamento).

³ No use el *EIN* del negocio anterior a menos que usted se haya convertido en "dueño" de una sociedad anónima mediante la adquisición de las acciones de la entidad.

⁴ Sin embargo, los fideicomisos cesionistas que no declaran usando el Método Opcional 1 y los fideicomisos de un arreglo *IRA* que están obligados a presentar el Formulario 990-T, *Exempt Organization Business Income Tax Return* (Declaración de impuestos sobre el ingreso de negocios de organizaciones exentas), tienen que tener un *EIN*. Para más información sobre los fideicomisos cesionistas, vea las Instrucciones para el Formulario 1041.

⁵ Un administrador de un plan es una persona o grupo de personas que ha sido autorizado a ser administrador por el documento bajo el cual se opera el plan.

⁶ Las entidades que solicitan ser intermediarios calificados (*QI*) necesitan obtener un *QI-EIN* aunque ya tengan un *EIN*. Vea el *Revenue Procedure 2000-12* (Procedimiento Administrativo Tributario 2000-12).

⁷ Vea también **Agente de empleador de empleados domésticos** en las instrucciones. **Nota:** Las agencias estatales o locales pueden necesitar un *EIN* para otros propósitos, por ejemplo, empleados contratados.

⁸ Vea **Entidades ignoradas** en las instrucciones para más información acerca de cómo se completa el Formulario SS-4 para una *LLC*.

⁹ Una sociedad anónima ya en marcha que elige o revoca la condición tributaria de una sociedad anónima de tipo S debe usar el *EIN* que le expidieron anteriormente.

Form **2678** **Employer/Payer Appointment of Agent**

(Rev. December 2024) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0029

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

- If you're an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

Note: This appointment isn't effective until we approve your request. See the instructions for more information.

- If you're an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

For IRS use:

Part 1: Why you're filing this form.

(Check one)

- You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.
- You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.

1 Employer identification number (EIN)

□	□	-	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2 Employer's or payer's name
(not your trade name)

3 Trade name (if any)

4 Address

Number	Street	Suite or room number
City	State	ZIP code
Foreign country name	Foreign province/county	Foreign postal code

5 Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file. (Check all that apply.)

	For ALL employees/ payees/payments	For SOME employees/ payees/payments
Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return* (all 940 series)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 941, Employer's QUARTERLY Federal Tax Return (all 941 series)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 943, Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees (all 943 series)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 944, Employer's ANNUAL Federal Tax Return (all 944 series)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 945, Annual Return of Withheld Federal Income Tax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-1, Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-2, Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Generally, you can't appoint an agent to report, deposit, and pay tax reported on Form 940, unless you're a home care service recipient.

- Check here if you're a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA tax for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

Sign your name here

Print your name here

Print your title here

Date

Best daytime phone

Now give this form to the agent to complete.

Part 3: Agent Information: If you'll be an agent for an employer or payer, or want to revoke an appointment, complete this part.

6 Agent's employer identification number (EIN) -

7 Agent's name (not trade name)

8 Trade name (if any)

9 Address

Number Street Suite or room number

City State ZIP code

Foreign country name Foreign province/county Foreign postal code

Check here if the employer is a home care service recipient receiving home care services through a program administered by a federal, state, or local government agency.

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this form and any attachments, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete.

Sign your name here

Print your name here

Print your title here

Date

Best daytime phone