



## Aplicación De Empleo

### Información del solicitante

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre M.I.

Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero de Calle # Apto/unidad  
Ciudad Estado Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha disponible: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Salario Deseado: \$ \_\_\_\_\_

Posición: \_\_\_\_\_

¿Eres Ciudadano Americano? ☐ Si ☐ No ¿Si no, estas autorizado para trabajar es E.U.? \_\_\_\_\_

¿As Trabajado para esta compañía? ☐ ☐ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿As Sido Convicto de felonía? ☐ ☐ Explica: \_\_\_\_\_

### Educacion

Bachiller: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
De: \_\_\_\_\_ Asta: \_\_\_\_\_ Te Graduaste? \_\_\_\_\_

Colegió: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
De: \_\_\_\_\_ Asta: \_\_\_\_\_ Te Graduaste? \_\_\_\_\_ Diplomado? \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
De: \_\_\_\_\_ Asta: \_\_\_\_\_ Te Graduaste? \_\_\_\_\_ Diplomado? \_\_\_\_\_

### Referencias

Por favor lista tres referencias profesionales.

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Compañía: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Compañía: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Compañía: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Trabajo Previo

Company: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_  
Título: \_\_\_\_\_ Salario inicial: \$ \_\_\_\_\_ Salario final: \$ \_\_\_\_\_  
Responsabilidades: \_\_\_\_\_  
Fecha Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha Final: \_\_\_\_\_  
Razón por finalizar empleo: \_\_\_\_\_  
¿Podemos contactar a tu supervisor previo para referencia? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Servicio Militar

Rama: \_\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
Rango de Alta: \_\_\_\_\_ Tipo de Descarga: \_\_\_\_\_  
Si fue algo diferente a honorable, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a lo mejor de mis conocimientos.

Si esta solicitud conduce al empleo, entiendo que la información falsa o engañosa en mi solicitud o entrevista puede resultar en mi liberación/despido.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**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

**2025**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

**Paso 5:** Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

|                                         |                                                                                      |                         |                                              |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Firme Aquí</b>                       | <b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). | <b>Fecha</b>            |                                              |
| <b>Para Uso Exclusivo del Empleador</b> | Nombre y dirección del empleador                                                     | Primera fecha de empleo | Número de identificación del empleador (EIN) |



**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 07/31/2026

**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. **Ver 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        |        |                                                  |
| <b>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.</b> |  | Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración.<br>(Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):                          |                                        |                                              |                 |                                        |        |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos                                                                                                                     |                                        |                                              |                 |                                        |        |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)                                                                                 |                                        |                                              |                 |                                        |        |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A. o Número de USCIS: _____)                                    |                                        |                                              |                 |                                        |        |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) 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.





# 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 07/31/2026

|                                                    |                                               |                                                              |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 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 07/31/2026

|                                                                 |                                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Apellido ( <i>Nombre Familiar</i> ) como en la <b>Sección 1</b> | Primer Nombre ( <i>Nombre de pila</i> ) como en la <b>Sección 1</b> | 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.

|                                     |                                       |                                |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Fecha de recontratación (si aplica) | 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.

|                                     |                                       |                                |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Fecha de recontratación (si aplica) | 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.



→ Nombre: \_\_\_\_\_ # de empleado: \_\_\_\_\_

En caso de alguna emergencia laboral, necesita proveer el nombre y numero de alguien a quien podamos contactar.

→ Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

→ Direccion: \_\_\_\_\_

Numero telefonico: \_\_\_\_\_