



# Danell Custom Harvesting

## Application of Employment

FOR OFFICE USE ONLY – PARA USO DE OFICINA

START DATE:

WAGE:

JOB TITLE:

BADGE NUMBER:

THE COMPANY GIVES ALL APPLICANTS FOR EMPLOYMENT EQUAL CONSIDERATION REGARDLESS OF PREGNANCY, SEX, RACE, COLOR, NATION ORIGIN, RELIGION, MARITAL STATUS, AGE, DISABILITY, SEXUAL ORIENTATION OR ANY OTHER PROTECTED STATUS

LA COMPAÑÍA DA A TODOS LOS SOLICITANTES DE EMPLEO IGUAL CONSIDERACIÓN INDEPENDIEMENTE DEL EMBARAZO, SEXO, RAZA, COLOR, NACIÓN ORIGEN, RELIGIÓN, ESTADO CIVIL, EDAD, DISCAPACIDAD, ORIENTACIÓN SEXUAL O CUALQUIER OTRO ESTADO PROTEGIDO

Please Print

Name \_\_\_\_\_  
Last/Apellido                      First/Primer Nombre                      Middle Initial/inicial de segundo nombre

Home Address/Direccion                      City/Ciudad                      State/Estado                      zip code/codigo postal

Phone Number/Numero De Telefono \_\_\_\_\_

Emergency Name & Number/ Contacto de Emergencia y Numero \_\_\_\_\_

Social Security or Resident Number/Seguro Social y Numero De Tarjeta De Residencia

Email Address/ Correo Electronico \_\_\_\_\_

**Employment Options:** Position that you are applying for (please mark all that apply)/ Puesto De trabajo (marque todos los que aplica)

- Swather Dr
- Chopper Dr
- Rake Dr
- Truck Dr
- Shop (specify position) \_\_\_\_\_
- Farming \_\_\_\_\_
- Weigher

ARE YOU ABLE TO PERFORM THE ESSENTIAL FUNCTIONS OF THE JOB THAT YOU ARE APPLYING FOR, EITHER WITH OR WITHOUT REASONABLE ACCOMADATION?

(PLEASE CIRCLE ONE OPTION)

YES                      OR                      NO

¿PUEDE REALIZAR LAS FUNCIONES ESENCIALES DEL TRABAJO QUE SOLICITA, YA SEA CON O SIN ACOMPAÑAMIENTO RAZONABLE?

(RODEE UNA OPCIÓN)

## Additional Personal Information

Have you applied at DCH before? Yes  No  If yes, when? \_\_\_\_\_  
*¿Ha aplicado en DCH antes? Si Si No No Si sí, ¿cuándo?*

Do you have any friends or family that works for DCH? Yes  No   
*¿Tiene algún amigo o familiar que trabaje para DCH? Si Si No No*

If so, please state their name and their relationship with you \_\_\_\_\_  
*Si es así, indique su nombre y su relación con usted*

Name/Nombre	Relation/Relación
-------------	-------------------

Are you legally entitled to work in the United States? Yes  No   
*¿Tiene derecho a trabajar legalmente en los Estados Unidos? Si Si No No*

If hired, can you present documentation of eligibility? Yes  No   
*Si es contratado, ¿puede presentar documentación de elegibilidad? Si Si No No*

## If you are applying for a position that requires you to drive

*Please Note: DCH will not use driver's license information for any consideration other than ability to operate a motor vehicle. DCH will maintain any driver's license information obtained confidentially, consistent with applicable law.*  
*Tenga en cuenta: DCH no utilizará la información de la licencia de conducir para ninguna consideración que no sea la capacidad de operar un vehículo motorizado. DCH mantendrá cualquier información de la licencia de conducir obtenida de forma confidencial, de acuerdo con la ley aplicable.*

Do you possess a valid Driver's License? Yes  No   
*¿Posees una Licencia de Conducir Válida? Si Si No No*

Driver's License Number: \_\_\_\_\_ Class (A, B, or C) \_\_\_\_\_ Expiration Date \_\_\_\_\_  
*No. de Licencia de Conducir Clase (A, B, o C) Fecha de Vencimiento*

---

NOTE: WE COMPLY WITH THE ADA/FEHA AND CONSIDER REASONABLE ACCOMODATION MEASURES THAT MAY BE NECESSARY FOR ELIGIBLE APPLICANTS/EMPLOYEES TO PERFORM ESSENTIAL FUNCTIONS. HIRE MAY BE SUBJECT TO PASSING A MEDICAL EXAMINATION, SKILL AND AGILITY TESTS CONSISTENT WITH REQUIREMENTS AND CONDITIONS IMPOSED BY THE ADA/FEHA.

NOTA: CUMPLIMOS CON LA ADA/FEHA Y CONSIDERAMOS MEDIDAS DE AJUSTE RAZONABLES QUE PUEDEN SER NECESARIAS PARA QUE LOS SOLICITANTES/EMPLEADOS ELEGIBLES REALICEN FUNCIONES ESENCIALES. EL ALQUILER PUEDE ESTAR SUJETO A PASAR UN EXAMEN MÉDICO, PRUEBAS DE HABILIDAD Y AGILIDAD CONSISTENTE CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES IMPUESTAS POR LA ADA/FEHA

## Applicable to Truck Drivers ONLY

Medical Exam Expiration date \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento del Examen Médico

### We conduct pre-employment drug tests for all truck driving positions.

Are you willing to submit to a drug test? Yes No

¿Estás dispuesto a someterte a una prueba de drogas? Si No

## Employment History

List below your present or last three employers, starting with your most recent employer.

Indique a continuación su empleador actual o los últimos tres, comenzando con su empleado más reciente

<u>Company Name</u>	<u>Amount of time worked there</u>	<u>Position held</u>	<u>Supervisor Name and phone number</u>

**Please read carefully, INITIAL each paragraph and SIGN below**

**Por favor, lea cuidadosamente, INICIAL cada párrafo y SIGNO a continuación**

\_\_\_\_\_ I have not knowingly withheld any information that might adversely affect my chances for employment and that the answers given by me are true and correct to the best of my knowledge. I have personally completed this application. I understand that any omission or misstatement of material fact on this application or on any document used to secure employment may be grounds for rejection of this application or for immediate discharge if I am hired, regardless of the time elapsed before discovered.

*No he ocultado a sabiendas ninguna información que pudiera afectar negativamente mis posibilidades de empleo y que las respuestas dadas por mí son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. He completado personalmente esta solicitud. Entiendo que cualquier omisión o declaración errónea de hecho material en esta solicitud o en cualquier documento utilizado para asegurar el empleo puede ser motivo de rechazo de esta solicitud o para la baja inmediata si soy contratado, independientemente del tiempo transcurrido antes de descubrir.*

\_\_\_\_\_ I authorize the company to investigate my references, work record, education and other matters related to my suitability for employment and further authorize the references I have listed to disclose the

company information related to my work record, without giving me prior notice of such disclosure. I release the company, my former employers and all others from any claims, demands or liabilities arising out of or in any way related to such investigation or disclosure. Authorization and notice to obtain consumer reports or for criminal information will be separately obtained, consistent with the timing, notice, authorization, and adverse action requirements of applicable law.

*Doy autorización para que la compañía investigue mis referencias, registro de trabajo, educación y otros asuntos relacionados con mi idoneidad para el empleo y además autorizo las referencias que he enumerado para revelar la información de la compañía relacionada con mi registro de trabajo, sin darme aviso previo de tal divulgación. Libero a la compañía, a mis antiguos empleadores y a todos los demás de cualquier reclamación, demanda o responsabilidad que surja de o de cualquier manera relacionada con dicha investigación o divulgación. La autorización y el aviso para obtener informes de consumidores o información criminal se obtendrán por separado, consistente con los requisitos de tiempo, notificación, autorización y acción adversa de la ley aplicable.*

\_\_\_\_\_ I understand that if I am hired my employment shall be at will and may be terminated at any time, with or without prior notice and with or without cause, at the option of the company or me.

*Entiendo que si me contratan, mi empleo será a voluntad y podrá ser rescindido en cualquier momento, con o sin previo aviso y con o sin causa, a opción de la empresa o de mí.*

\_\_\_\_\_ I understand that in connection with my application for employment, any offer of employment is conditioned upon passing a post-offer, pre-employment drug test. I understand that I may refuse to take the required pre-employment drug test, but that if I do, any offer of employment will be immediately withdrawn.

*Entiendo que en relación con mi solicitud de empleo, cualquier oferta de empleo está condicionada a pasar una prueba de drogas post-oferta, pre-empleo. Entiendo que puedo negarme a tomar la prueba de drogas pre-empleo requerida, pero que si lo hago, cualquier oferta de empleo será retirada inmediatamente.*

Signature \_\_\_\_\_

*Firma*

Date \_\_\_\_\_

*Fecha*

**Employee's Withholding Certificate**  
 Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.  
**Give Form W-4 to your employer.**  
 Your withholding is subject to review by the IRS.

<b>Step 1:</b> <b>Enter Personal Information</b>	<b>(a)</b> First name and middle initial	Last name	<b>(b)</b> Social security number
	Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
	City or town, state, and ZIP code		
	<b>(c)</b> <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

**Complete Steps 2-4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5.** See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at [www.irs.gov/W4App](http://www.irs.gov/W4App).

**Step 2:** Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

**Multiple Jobs or Spouse Works** Do **only one** of the following.

**(a)** Use the estimator at [www.irs.gov/W4App](http://www.irs.gov/W4App) for most accurate withholding for this step (and Steps 3-4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**

**(b)** Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**

**(c)** If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate . . . . .

**Complete Steps 3-4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs.** Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3-4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

<b>Step 3:</b> <b>Claim Dependent and Other Credits</b>	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly): Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____ Multiply the number of other dependents by \$500 . . . . . \$ _____ Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Step 4 (optional): Other Adjustments</b>	<b>(a) Other income (not from jobs).</b> If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	<b>(b) Deductions.</b> If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	<b>(c) Extra withholding.</b> Enter any additional tax you want withheld each pay period . .	<b>4(c)</b>	\$

<b>Step 5:</b> <b>Sign Here</b>	Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.		
	<b>Employee's signature</b> (This form is not valid unless you sign it.)	<b>Date</b>	

<b>Employers Only</b>	Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)
-----------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------------

## General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

### Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to [www.irs.gov/FormW4](http://www.irs.gov/FormW4).

### Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

**Exemption from withholding.** You may claim exemption from withholding for 2024 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2023 and you expect to have no federal income tax liability in 2024. You had no federal income tax liability in 2023 if (1) your total tax on line 24 on your 2023 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2024 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2025.

**Your privacy.** Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

**When to use the estimator.** Consider using the estimator at [www.irs.gov/W4App](http://www.irs.gov/W4App) if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
3. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

**Self-employment.** Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at [www.irs.gov/W4App](http://www.irs.gov/W4App) to figure the amount to have withheld.

**Nonresident alien.** If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

## Specific Instructions

**Step 1(c).** Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

**Step 2.** Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

Option (a) most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option (b) does so with a little less accuracy.

Instead, if you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option (c). The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



**Multiple jobs.** Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

**Step 3.** This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

### Step 4 (optional).

**Step 4(a).** Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

**Step 4(b).** Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2024 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

**Step 4(c).** Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b) – Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)



If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on only ONE Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs. If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, skip to line 3 . . . . . 1 \$
2 Three jobs. If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
a Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a . . . . . 2a \$
b Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b . . . . . 2b \$
c Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c . . . . . 2c \$
3 Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. . . . . 3
4 Divide the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in Step 4(c) of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) . . . . . 4 \$

Step 4(b) – Deductions Worksheet (Keep for your records.)



- 1 Enter an estimate of your 2024 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income . . . . . 1 \$
2 Enter: { • \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately } . . . . . 2 \$
3 If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" . . . . . 3 \$
4 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information . . . . . 4 \$
5 Add lines 3 and 4. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4 . . . . . 5 \$

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

**Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse**

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$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	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

**Single or Married Filing Separately**

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$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	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 and over	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

**Head of Household**

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$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	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230



## Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

**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.**

# 2024

<b>Paso 1:</b> <b>Anote Su Información Personal</b>	(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, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

**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:

**Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan**

(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> <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): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional):</b> <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 período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

<b>Paso 5:</b> <b>Firme Aquí</b>	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

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

## Instrucciones Generales

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

### Acontecimientos Futuros

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

### Propósito del Formulario

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

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2024 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2023, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2024, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted **no** adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2023 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2023 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 28 y 29) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2024. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "Exempt" (Exento) en el Formulario W-4 en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 15 de febrero de 2025.

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

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

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. 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
3. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

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

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

## Instrucciones Específicas

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

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

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

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



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

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

### Paso 4 (opcional).

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

**Paso 4(b).** Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2024 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos IRA.

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

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



Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4 (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 que le paga el salario MÁS ALTO. 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 de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 Dos empleos. Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO" y la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO", 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 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO" y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO". 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 utilice ese total como los salarios en la fila "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO" y utilice los salarios anuales para su tercer empleo en la columna "Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO" para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 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 que le paga el salario MÁS ALTO. 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 que le paga el salario MÁS ALTO (junto con cualquier otra retención adicional que desee) . . . . . 4 \$

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



- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2024 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos . . . . . 1 \$
2 Anote: { • \$29,200 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos
• \$21,900 si es cabeza de familia
• \$14,600 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado } . . . . . 2 \$
3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote "-0-" . . . . . 3 \$
4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos IRA deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040)). Vea la Publicación 505 para más información . . . . . 4 \$
5 Sume las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4 . . . . . 5 \$

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 personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer

cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.
Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la 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 relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.
El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.
Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

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

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$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	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

**Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado**

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$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	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 y más	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

**Cabeza de Familia**

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$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	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230



UNITED AGRICULTURAL BENEFIT TRUST  
54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

# EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

Phone: (800) 223-4590 • Fax: (949) 975-9960 • Email: enrollment@unitedag.org

PLEASE USE INK PEN ONLY. Fill out the form completely to avoid any delays in processing.

Use the UnitedAg Enrollment Change Form to change status or coverage.

UnitedAg Use Only

Date Eff. \_\_\_\_\_

Initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Group Name & Number: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Medical Plan _____ <input type="checkbox"/> RX Plan _____ <input type="checkbox"/> Dental Plan _____ <input type="checkbox"/> Vision Plan _____ <input type="checkbox"/> Life Plan _____	<b>1. Enrollment Reason:</b>		<input type="checkbox"/> Open Enrollment <input type="checkbox"/> Late Enrollment Reason: _____ _____	<input type="checkbox"/> COBRA Original Effective Date: _____  Qualifying event: _____
	<input type="checkbox"/> New Hire <input type="checkbox"/> Rehired/Returning Employee Date: _____ <input type="checkbox"/> Status Change Date: _____ <input type="checkbox"/> New Group Enrollee (For New Business ONLY)			

## 2. Employee Information (if enrolling): 20 Character Limit

Date of Hire	Occupation	Date of Birth (Format: MM/DD/YYYY)	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security # (Write N/A if SSN not available)
Last Name				
First Name				M.I.
Address		City	State	Zip Code
Mobile Phone (Required)		Personal E-mail (Required)		Preferred Language (Required) <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish

## 3. Dependent Information (if enrolling): \*Please note: A signed and notarized Declaration of Domestic Partnership for Healthcare is required to enroll a domestic partner. Dependents over the age of 18 will receive their explanation of benefits (EOB).

Gender (check boxes below)	Last Name (Skip if same as Employee) 20 Character Limit	First Name (20 Character Limit)	Middle Initial	Date of Birth (Format MM/DD/YYYY)	Social Security # (Write N/A if SSN not available)	Mobile Phone (required if available)
Circle: Spouse / Domestic Partner <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Address (if not living with Employee)				Email	Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Address (if not living with Employee)				Email	Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Address (if not living with Employee)				Email	Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Address (if not living with Employee)				Email	Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	

## 4. Group Life Insurance Beneficiary Designation:

I hereby, apply for life insurance benefits and designate the beneficiary named below to receive the proceeds, if any, payable in the event of my death.

Primary Beneficiary	Relationship
Contingent Beneficiary	Relationship

If you are married and your spouse is not the Primary Beneficiary, please obtain spouse's signature indicating consent.

Spouse's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## 5. Other Coverage for Enrolling Applicants:

- Is anyone eligible and covered by Medicare? If yes, who? Yes  No
- Do you currently have other health coverage? Yes  No   
If yes, which carrier? \_\_\_\_\_  
Do your dependents? Yes  No   
If yes, which carrier? \_\_\_\_\_
- Do you intend to continue other group coverage? Yes  No   
Do your dependents? Yes  No

UABT does not restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal Law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, UABT will not require a provider to obtain authorization for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours). If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for (1) all stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed; (2) surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance; (3) prostheses; and, (4) treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema. These benefits will be provided subject to the same deductibles, co-payments, and out-of-pocket expense applicable to other medical and surgical benefits provided under your UABT plan. If you would like more information on WHCRA benefits, call UABT's Member Service Department at (800) 223-4590.

The above information given to obtain participation in UABT is true and complete to the best of my knowledge and belief. I understand that if any information provided herein proves to be false, UABT reserves the right to deny any claim and revoke all participation in UABT retroactive to the effective date of participation. This statement shall constitute a part of my application for benefits under the Plan Document. I understand that participation in UABT will not become effective unless and until the first payment has been made and UABT approves and accepts this application. I give UnitedAg and its vendors permission to send me emails and text messages with information about my health benefits. Your personal information will not be sold.

Employee Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



# WAIVER OF COVERAGE FORM



UnitedAg Use Only  
 Date Eff. \_\_\_\_\_  
 Initials \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_

54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

**Toll Free:** (800) 223-4590 • **Fax:** (949) 975-1573

**PLEASE USE INK PEN ONLY.** Fill out the form completely to avoid any delays in processing.

◊ Please use the UnitedAg Enrollment Change Form to change status or coverage. ◊

<b>Group Number:</b>	<b>Company Name:</b>
----------------------	----------------------

Waiver Date:	1. Waiver Reason (Please check one):	2. Waiving Coverage for (Check all that apply):
<input type="checkbox"/> Medical Plan _____ <input type="checkbox"/> RX Plan _____ <input type="checkbox"/> Dental Plan _____ <input type="checkbox"/> Vision Plan _____ <input type="checkbox"/> Life Plan _____	<input type="checkbox"/> Have other coverage Name of Carrier: _____ <input type="checkbox"/> Covered by Medicare Who? _____ <input type="checkbox"/> Cost is too high <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Myself <input type="checkbox"/> Spouse / Domestic Partner <input type="checkbox"/> Child(ren)

3. Employee Information (if waiving):				
Date of Hire	Occupation	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security # (Write "N/A" if SSN not available)
Last Name		First Name		Middle Initial
Address		City	State	Zip Code
Phone		E-mail		

4. Dependent Information (if waiving):						
Gender	Last Name (SKIP if same as Employee)	First Name	Middle Initial	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Social Security # (Write "N/A" if SSN not available)	Address (if not living with Employee)
<b>Circle:</b> Spouse / Domestic Partner <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Child <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						

5. Employee Signature	
<p>If you are declining enrollment in United Agricultural Benefit Trust (UABT) for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in UABT if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing towards your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 31 days after you or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage). If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 31 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.</p> <p>If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children's health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in UABT if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after you or your dependents' coverage ends under Medicaid or a state children's health insurance program. If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children's health insurance program with respect to coverage under UABT, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents' determination of eligibility for such assistance.</p> <p>I/We am/are waiving coverage under my employer's health plan through UABT. I/We understand that failure to elect coverage at this time qualifies me/us as a "Late Enrollee" and may result in a 12 month waiting period, when I/we elect to enroll at a later date. I/We may, however qualify as a "Special Late Enrollee (with no waiting period) when I/we seek to enroll at a later date. As a "Special Late Enrollee" I/we would qualify for participation in my employer's health plan without a 12-month waiting period provided if I/we apply for benefits within 31 days of a loss of alternative coverage.</p>	
<b>Employee Signature:</b>	<b>Date:</b>



# SOLICITUD DE INSCRIPCION

Teléfono: (800) 223-4590 • Fax: (949) 975-9960 • Email: enrollment@unitedag.org

FAVOR DE SOLAMENTE USAR PLUMA. Favor de llenar por completo para evitar retrasos.

◇ Favor de usar el Formulario de Cambios de Inscripción de UABT para cambiar su estado o cobertura. ◇

UnitedAg Use Only

Date Eff. \_\_\_\_\_

Initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

Nombre y Número de Compañía: _____	Fecha Efectiva: _____
------------------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/> Médico Plan _____ <input type="checkbox"/> Prescripción Plan _____ <input type="checkbox"/> Dental Plan _____ <input type="checkbox"/> Visión Plan _____ <input type="checkbox"/> De Vida Plan _____	<b>1. Inscripción Razon</b> <input type="checkbox"/> Contratación Nueva <input type="checkbox"/> Empleado Recontratado Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Cambio de Estado Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Inscripción de Grupo Nuevo	<input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Inscripción Tarde Razón: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> COBRA Fecha Original de Efectividad: _____ Evento Calificador: _____ _____
---	--	--	--

<b>2. Información del Empleado (si se inscribe): Limite de 20 letras</b>					
Fecha de Contratación	Ocupación	Fecha de Nacimiento (formato: MM/DD/AAAA)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	No. de Seguro Social (escriba "N/A" si no es disponible)	
Apellido					
Primer Nombre					Inicial
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono Móvil (necesario)		Correo Electrónico Personal (necesario)		Idioma Preferido (necesario) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	

<b>3. Información de Dependiente (si se inscribe):</b>	<i>*Favor de Notar: Se requiere una Declaración de Asociación Doméstica para Cuidado Médico firmado y notariado para inscribir una pareja doméstica. Los dependientes mayores de 18 años recibirán su explicación de beneficios (EOB).</i>
--	--

Género (seleccione las opciones abajo)	Apellido (omite si mismo que el empleado) Limite de 20 letras	Primer Nombre (Limite de 20 letras)	Inicial de Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (formato:MM/DD/AAAA)	No. de Seguro Social (escriba "N/A" si no es disponible)	Teléfono Móvil (obligatorio si disponible)
<b>Circule:</b> Cónyuge / Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electronico		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electronico		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electronico		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electronico		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electronico		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		

<b>4. Designación de Beneficiario para el Seguro de Vida de Grupo:</b>	<b>5. Otras Coberturas de los Solicitantes:</b>
Yo aplico para beneficios de seguro de vida y designo al beneficiario nombrado abajo para recibir la compensación correspondiente, si hay alguna, pagada en el evento de mi fallecimiento.	1. Es alguien elegible o cubierto por Medicare? Si su respuesta es sí, indique? _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Beneficiario Principal Parentesco _____	2. Tiene actualmente otra cobertura de salud? Si su respuesta es sí, qué proveedor de salud? _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Beneficiario Suplente Parentesco _____	Sus Dependientes? Si su respuesta es sí, qué proveedor de salud? _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si usted está casado/a y su cónyuge no es el Beneficiario Principal, favor de obtener la firma de su cónyuge como indicación de consentimiento.	3. Tiene la intención de continuar la cobertura de grupo? _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Firma del Cónyuge _____ Fecha _____	Sus Dependientes? _____ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

UABT no restringe beneficios para cualquier duración de estancia en hospital relacionada con un parto, para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas, después de un parto por cesárea. Sin embargo, la Ley Federal no prohíbe al médico / proveedor responsable de los servicios a la madre o al bebé recién nacido a darlos de alta antes de que se cumplan las 48 horas (o 96 horas según sea aplicable). En cualquier caso, UABT no requerirá al proveedor a obtener la autorización para recomendar una estancia con duración menor a 48 horas (o 96 horas). Si usted ha sido sometido – o se someterá – a una mastectomía, usted tiene derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer en la Mujer de 1998 (conocida por sus siglas en inglés – WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con mastectomía, la cobertura se proporcionará en la forma en que se determine en consulta con el médico responsable y la paciente, para (1) todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía; (2) cirugía y reconstrucción del otro seno con el fin de producir una apariencia simétrica; (3) prótesis, y (4) tratamiento de las complicaciones físicas propias de la mastectomía, incluyendo linfedema. Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles, co-pagos y gastos incidentales aplicables para otros beneficios médicos y quirúrgicos que se ofrecen bajo su plan de UABT. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, por favor comuníquese al Departamento de Servicio de Miembro de UABT, al teléfono (800) 223-4590.

La información declarada arriba es para el objeto de obtener participación en UABT y es verdadera y completa en mi mejor conocimiento. Yo entiendo que si la información aquí proporcionada es falsa, UABT reserva el derecho de declinar cualquier reclamo médico y revocar la participación en UABT retroactiva a la fecha efectiva de la participación. Esta declaración de salud constituye parte de mi aplicación para beneficios bajo el Documento del Plan. Yo entiendo de que la participación en UABT no será efectiva hasta que el primer pago se haya hecho y que UABT apruebe y acepte esta aplicación. Doy permiso a UnitedAg y a sus proveedores afiliados para enviarme correos electrónicos y mensajes de texto con información sobre mis beneficios de salud. Tome en cuenta que ninguna información personal será vendida.	Firma del Aplicante _____
	Fecha _____



54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

# RENUNCIO DE COBERTURA

54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

Teléfono: (800) 223-4590 • Fax: (949) 975-9960 • Email: enrollment@unitedag.org

**FAVOR DE SOLAMENTE USAR PLUMA.** Favor de llenar por completo para evitar retrasos.

◊ Favor de usar el Formulario de Cambios de Inscripción de UABT para cambiar su estado o cobertura.◊



UnitedAg Use Only

Date Eff. \_\_\_\_\_

Initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Número de Grupo:	Nombre de la Compañía:
------------------	------------------------

Fecha de Renuncia:	1. Razón de Renuncio de Cobertura (por favor marque uno)	2. Renuncio de Cobertura (marque todo lo que corresponda)
<input type="checkbox"/> Médico Plan _____ <input type="checkbox"/> Prescripción Plan _____ <input type="checkbox"/> Dental Plan _____ <input type="checkbox"/> Visión Plan _____ <input type="checkbox"/> De Vida Plan _____	<input type="checkbox"/> Tiene otra cobertura Nombre de otra cobertura: _____ <input type="checkbox"/> Cobertura por Medicare ¿Indiqué?: _____ <input type="checkbox"/> Costo muy alto <input type="checkbox"/> Otra razón _____	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge / Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> Niño(s)

3. Información del Empleado (si renuncio):				
Fecha de Contratación	Ocupación	Fecha de Nacimiento (formato:MM/DD/AAAA)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	No. de Seguro Social
Apellido		Primer Nombre		Inicial de segundo nombre
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Correo Electronico		

4. Información de Dependiente (si renuncio):						
Género	Apellido (omita si mismo que el empleado)	Primer Nombre	Inicial de segundo nombre	Fecha de Nacimiento (Formato:MM/DD/AAAA)	No. de Seguro Social (escriba "N/A" si no es disponible)	Domicilio (si no viven con miembro)
<b>Circule:</b> Cónyuge / Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
Niño/a <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						

5. Firma del Aplicante:	
<p>Si usted declina la inscripción en el Fideicomiso de Beneficios de United Agricultural Benefit Trust (UABT) para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a que cuenta con otro seguro médico o con cobertura médica de grupo, usted podrá inscribirse – y a sus dependientes – en UABT si usted o sus dependientes pierden elegibilidad en esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer las contribuciones para las coberturas de usted y sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar su inscripción dentro de un período de 31 días después de que termina su cobertura y la de sus dependientes (o después de que el empleador deja de hacer las contribuciones para la cobertura mencionada). Si como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción usted tiene un nuevo dependiente, usted podrá inscribirse y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un período de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción.</p> <p>Si usted declina la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras está en vigor cobertura de Medicaid u otra cobertura de programa de seguro médico para niños del estado, usted podrá inscribirse y a sus dependientes en UABT si usted o sus dependientes pierden elegibilidad en esa otra cobertura. No obstante, usted debe solicitar la inscripción dentro de un término de 60 días que inicia a partir de que termina la cobertura para usted o sus dependientes bajo Medicaid o bajo el programa de seguro médico para niños del Estado. Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) resultan elegibles a subsidio de asistencia de prima estatal de Medicaid o a través de un programa de seguro médico para niños del estado con respecto a la cobertura bajo UABT, usted podrá inscribirse y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe inscribirse dentro de un período de 60 días que inicia a partir de la fecha de la determinación de elegibilidad a dicha asistencia para usted o sus dependientes.</p> <p>Yo (nosotros) estamos renunciando a la cobertura bajo el plan ofrecido por mi (nuestro) Empleador a través de UABT. Yo (nosotros) entiendo de que al renunciar a la elección de esta cobertura actualmente, me calificará como "Participante de Inscripción Tarde" lo cual puede resultar en un periodo de espera de 12 meses, cuando yo (nosotros) elija inscribirme en una fecha posterior a la actual. Yo (nosotros) puedo, sin embargo, calificar como un "Participante de Inscripción Tarde Especial" (sin periodo de espera) cuando yo (nosotros) procure la inscripción en una fecha posterior a la actual. Así calificado como un "Participante de Inscripción Especial" yo (nosotros) calificaría para participación en el plan de Salud de mi (nuestro) Empleador sin el periodo de espera de 12 meses siempre y cuando yo (nosotros) presente la aplicación para beneficios durante los primeros 31 días de la pérdida de la cobertura alternativa.</p>	
Firma del Aplicante:	Fecha:



Danell Custom Harvesting LLC  
Initial Employee Benefits Notification

Employee Name: \_\_\_\_\_

Date of Hire: \_\_\_\_\_

Date you are Eligible for Benefits: \_\_\_\_\_

**YOU ARE DECLINING EMPLOYEE BENEFIT COVERAGE AT THIS TIME. IF YOU CHANGE YOUR MIND AND WISH TO ENROLL, YOU MUST NOTIFY US BY : \_\_\_\_\_ (DUE DATE)**

I understand that Danell Custom Harvesting, LLC has made an offer of employee benefits to me and I am choosing to decline coverage at this time. I acknowledge that if I do not notify Danell Custom Harvesting LLC by the Due Date Listed above, that I will be marked as DECLINING coverage and understand that unless I can prove that I have had a qualifying event such as loss of coverage within 30 days of the event, then I will not be able to enroll until the next open enrollment which is September 1, 2024.

Signed,

\_\_\_\_\_

Signature

Date

\*\*\*\*\*

**Notificación inicial de beneficios para empleados**

Nombre de empleado : \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_

Fecha en la que es elegible para recibir beneficios: \_\_\_\_\_

**USTED ESTÁ RECHAZANDO LA COBERTURA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS EN ESTE MOMENTO. SI CAMBIA DE OPINIÓN Y DESEA INSCRIBIRSE, DEBE NOTIFICARNOS ANTES DE: \_\_\_\_\_ (FECHA DE VENCIMIENTO)**

Entiendo que Danell Custom Harvesting, LLC me ha hecho una oferta de beneficios para empleados y elijo rechazar la cobertura en este momento. Reconozco que si no notifico a Danell Custom Harvesting LLC antes de la fecha de vencimiento indicada anteriormente, se marcará como cobertura RECHAZADA y entiendo que, a menos que pueda demostrar que he tenido un evento calificado, como la pérdida de cobertura, dentro de los 30 días posteriores a la evento, entonces no podré inscribirme hasta la próxima inscripción abierta que es el **1 de septiembre de 2024.**

Firmado,

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

## Affordable Care Act

As you are aware the Affordable Care Act took effect January 1, 2014. You may be eligible for Health Insurance under your employer Danell Custom Harvesting, LLC. In your employment application you will find an Employee Enrollment Form. If you choose to enroll, the appropriate employee premium contribution obligation will be deducted from your payroll check. The premium cost is based on your age rate x county of business, plus, an additional cost of \$31.60 for dental, vision and life insurance (not optional). You will also have the option to have your spouse and/or children covered under this Health Plan but this may vary the premium cost to you depending on the number of dependents and your share of the premium for dependent coverage will be up to the maximum allowed by law.

When your employment has ended you will receive from the insurance company an option to continue your coverage under COBRA which you will pay 100% and an additional administrative fee. Danell Custom Harvesting DOES NOT pay for any of the COBRA charges. Should you return to work in the allotted time frame you will be placed back onto the insurance plan and your premium contribution obligations will resume.

**Should you choose not to participate in the Health Insurance plan you will need to complete the Waiver side of the Enrollment Form**

Como sabe, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio entró en vigencia el 1 de Enero de 2014. Es posible que sea elegible para un Seguro de Salud bajo su empleador Danell Custom Harvesting, LLC. En su solicitud de empleo encontrará un formulario de Inscripción de Empleado. Si elige inscribirse, la obligación apropiada de contribución de la prima del empleado se deducirá de su cheque de nómina quincenalmente. El costo de la prima se basa en su tasa de edad x condado de negocio, mas, un costo adicional de \$31.60 por seguro dental, de la vista y de vida (no es opcional). También tendrá la opción de que su cónyuge y/o hijos estén cubiertos por este Plan de Salud, pero esto puede variar el costo de la prima para usted dependiendo de la cantidad de dependientes, y su parte de la prima para la cobertura de dependientes será hasta el máximo permitido por la ley.

Cuando haya terminado su empleo, recibirá de la compañía de seguros una opción para continuar con su cobertura bajo COBRA en cual pagarás el 100% y una tarifa administrativa adicional. Danell Custom Harvesting NO paga por ninguno de los cargos de COBRA. Si regresa al trabajo en el plazo asignado, serás colocado nuevamente en el plan de seguro y sus obligaciones de contribución de prima se reanudarán.

**Si decide no participar en el plan de seguro de salud, deberá completar el lado de renuncia del formulario de inscripción.**

---

Print Name

---

Date

---

Signature

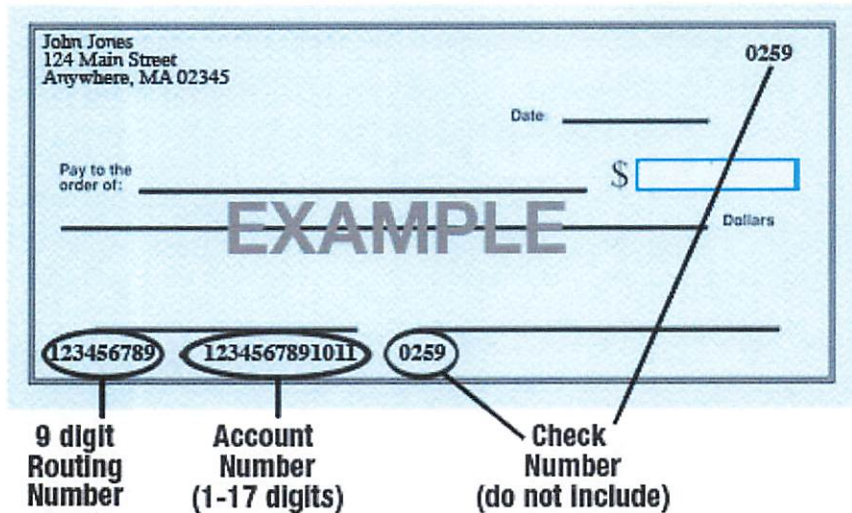
# Voluntary Direct Deposit Authorization Form

Please print and complete ALL the information below.

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_



Name of Bank: \_\_\_\_\_

Account #: \_\_\_\_\_

9-Digit Routing #: \_\_\_\_\_

Amount:  \$ \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_% or  Entire Paycheck

Type of Account:    Checking        Savings (Circle One)

*Please attach a voided check for each bank account to which funds should be deposited.*

Danell Custom Harvesting is hereby authorized to directly deposit my pay to the account listed above. This authorization will remain in effect until I modify or cancel it in writing and is voluntary.

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_