

DANELL CUSTOM HARVESTING LLC

Application of Employment

FOR OFFICE USE ONLY – PARA USO DE OFICINA

START DATE:

WAGE:

JOB TITLE & SUPERVISOR:

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 INDEPENDIENTEMENTE 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/Dirección City/Ciudad State/Estado zip code/código postal

Phone Number/Numero De Telefono _____

Emergency Name & Number/ Contacto de Emergencia Primer Nombre 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 circle all that apply)

Puesto De trabajo (rodee todos los que aplica)

Swather Driver
Chopper Driver
Rake Driver
Truck Driver
Shop (specify position) _____
Farming (specify position) _____
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 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 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 No

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

OMB No. 1545-0074

2025

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.

Step 1:
Enter
Personal
Information

(a) First name and middle initial	Last name	(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 www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse ☐ 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.)		

TIP: Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App to determine the most accurate withholding for the rest of the year if: you are completing this form after the beginning of the year; expect to work only part of the year; or have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), dependents, other income (not from jobs), deductions, or credits. Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

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.

Step 2:
Multiple Jobs
or Spouse
Works

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.

Do **only one** of the following.

- (a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for the 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.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	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	3	\$ _____
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). 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	4(a)	\$ _____
	(b) Deductions. 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	4(b)	\$ _____
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period . .	4(c)	\$ _____

Step 5:
Sign
Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

Employers
Only

Employer's name and address

First date of
employment

Employer identification
number (EIN)

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

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.

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 2025 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2024 and you expect to have no federal income tax liability in 2025. You had no federal income tax liability in 2024 if (1) your total tax on line 24 on your 2024 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 2025 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 17, 2026.

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 if you:

1. Are submitting this form after the beginning of the year;
2. Expect to work only part of the year;
3. Have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), or number of dependents, or changes in your deductions or credits;
4. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
5. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

TIP: Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator to account for federal income tax that has already been withheld this year. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

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 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. Submit a separate Form W-4 for each job.

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 2025 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 2025 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: $\left\{ \begin{array}{l} \bullet \$30,000 \text{ if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse} \\ \bullet \$22,500 \text{ if you're head of household} \\ \bullet \$15,000 \text{ if you're single or married filing separately} \end{array} \right\}$ **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	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,170	19,170
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

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	\$200	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040
\$10,000 - 19,999	850	1,700	1,870	1,870	2,220	3,220	3,720	3,720	3,720	3,720	3,890	4,090
\$20,000 - 29,999	1,020	1,870	2,040	2,390	3,390	4,390	4,890	4,890	4,890	5,060	5,260	5,460
\$30,000 - 39,999	1,020	1,870	2,390	3,390	4,390	5,390	5,890	5,890	6,060	6,260	6,460	6,660
\$40,000 - 59,999	1,220	3,070	4,240	5,240	6,240	7,240	7,880	8,080	8,280	8,480	8,680	8,880
\$60,000 - 79,999	1,870	3,720	4,890	5,890	7,030	8,230	8,930	9,130	9,330	9,530	9,730	9,930
\$80,000 - 99,999	1,870	3,720	5,030	6,230	7,430	8,630	9,330	9,530	9,730	9,930	10,130	10,580
\$100,000 - 124,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,760	9,960	10,160	10,950	11,950	12,950
\$125,000 - 149,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,950	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,090	5,460	6,660	8,450	10,450	11,950	12,950	13,950	15,080	16,380	17,680
\$175,000 - 199,999	2,040	4,290	6,450	8,450	10,450	12,450	13,950	15,230	16,530	17,830	19,130	20,430
\$200,000 - 249,999	2,720	5,570	7,900	10,200	12,500	14,800	16,600	17,900	19,200	20,500	21,800	23,100
\$250,000 - 399,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$400,000 - 449,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$450,000 and over	3,140	6,490	9,160	11,660	14,160	16,660	18,660	20,160	21,660	23,160	24,660	26,160

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	\$450	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,890
\$10,000 - 19,999	450	1,450	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	3,180	4,070	4,070	4,090	4,290
\$20,000 - 29,999	850	2,000	2,600	2,800	2,820	2,820	3,780	4,780	5,670	5,690	5,890	6,090
\$30,000 - 39,999	1,000	2,200	2,800	3,000	3,020	3,980	4,980	5,980	6,890	7,090	7,290	7,490
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,820	3,830	4,850	5,850	6,850	8,050	9,130	9,330	9,530	9,730
\$60,000 - 79,999	1,020	3,030	4,630	5,830	6,850	8,050	9,250	10,450	11,530	11,730	11,930	12,130
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,060	8,280	9,480	10,680	11,880	12,970	13,170	13,370	13,570
\$100,000 - 124,999	1,950	4,350	6,150	7,550	8,770	9,970	11,170	12,370	13,450	13,650	14,650	15,650
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,060	11,260	12,860	14,740	15,740	16,740	17,740
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,860	12,860	14,860	16,740	17,740	18,940	20,240
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,640	8,840	10,860	12,860	14,860	16,910	19,090	20,390	21,690	22,990
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,520	10,960	13,280	15,580	17,880	20,180	22,360	23,660	24,960	26,260
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,370	11,870	14,190	16,490	18,790	21,090	23,280	24,580	25,880	27,180
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,940	12,640	15,160	17,660	20,160	22,660	25,050	26,550	28,050	29,550

EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

Complete this form so that your employer can withhold the correct California state income tax from your paycheck.

Enter Personal Information	
First, Middle, Last Name _____	Social Security Number ____-____-____
Address _____ City, State, and ZIP Code _____	Filing Status ☐ SINGLE or MARRIED (with two or more incomes) ☐ MARRIED (one income) ☐ HEAD OF HOUSEHOLD

1. Use Worksheet A for Regular Withholding allowances. Use other worksheets on the following pages as applicable.
- 1a. Number of Regular Withholding Allowances (Worksheet A) _____
- 1b. Number of allowances from the Estimated Deductions (Worksheet B, if applicable.) _____
- 1c. Total Number of Allowances you are claiming _____

2. Additional amount, if any, you want withheld each pay period (if employer agrees), (**Worksheet C**) _____
- OR

Exemption from Withholding

3. I claim exemption from withholding for 2021, and I certify I meet both of the conditions for exemption. (Check box here) ☐

OR

4. I certify under penalty of perjury that I am **not subject** to California withholding. I meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Check box here) ☐

Under the penalties of perjury, I certify that the number of withholding allowances claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled or, if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status.

Employee's Signature _____ Date _____

Employer's Section: Employer's Name and Address _____ _____	California Employer Payroll Tax Account Number _____
--	---

PURPOSE: This certificate, DE 4, is for **California Personal Income Tax (PIT) withholding** purposes only. The DE 4 is used to compute the amount of taxes to be withheld from your wages, by your employer, to accurately reflect your state tax withholding obligation.

Beginning January 1, 2020, *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4) from the Internal Revenue Service (IRS) will be used for federal income tax withholding **only**. You must file the state form *Employee's Withholding Allowance Certificate* (DE 4) to determine the appropriate California Personal Income Tax (PIT) withholding.

If you do not provide your employer with a withholding certificate, the employer must use Single with Zero withholding allowance.

CHECK YOUR WITHHOLDING: After your DE 4 takes effect, compare the state income tax withheld with your estimated total annual tax. For state withholding, use the worksheets on this form.

EXEMPTION FROM WITHHOLDING: If you wish to claim exempt, complete the federal Form W-4 and the state DE 4. You may claim exempt from withholding California income tax if you meet both of the following conditions for exemption:

1. You did not owe any federal/state income tax last year, and
2. You do not expect to owe any federal/state income tax this year. The exemption is good for one year.

If you continue to qualify for the exempt filing status, a new DE 4 designating EXEMPT must be submitted by February 15 each year to continue your exemption. If you are not having federal/state income tax withheld this year but expect to have a tax liability next year, you are required to give your employer a new DE 4 by December 1.

Member Service Civil Relief Act: Under this act, as provided by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018, you may be exempt from California income tax withholding on your wages if

- (i) your spouse is a member of the armed forces present in California in compliance with military orders;
- (ii) you are present in California solely to be with your spouse; and
- (iii) you maintain your domicile in another state.

If you claim exemption under **this act**, **check the box on Line 4**. You may be required to provide proof of exemption upon request.

The *California Employer's Guide (DE 44)* (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) provides the income tax withholding tables. This publication may be found by visiting *Payroll Taxes - Forms and Publications* (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). To assist you in calculating your tax liability, please visit the *Franchise Tax Board (FTB)* (ftb.ca.gov).

If you need information on your last *California Resident Income Tax Return* (FTB Form 540), visit the FTB (ftb.ca.gov).

NOTIFICATION: The burden of proof rests with the employee to show the correct California income tax withholding. Pursuant to section 4340-1(e) of *Title 22, California Code of Regulations (CCR)* (govt.westlaw.com/calregs/Search/Index), the FTB or the EDD may, by special direction in writing, require an employer to submit a Form W-4 or DE 4 when such forms are necessary for the administration of the withholding tax programs.

PENALTY: You may be fined \$500 if you file, with no reasonable basis, a DE 4 that results in less tax being withheld than is properly allowable. In addition, criminal penalties apply for willfully supplying false or fraudulent information or failing to supply information requiring an increase in withholding. This is provided by section 13101 of the *California Unemployment Insurance Code* (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) and section 19176 of the *Revenue and Taxation Code* (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml).

WORKSHEETS

INSTRUCTIONS — 1 — ALLOWANCES*

When determining your withholding allowances, you must consider your personal situation:

- Do you claim allowances for dependents or blindness?
- Will you itemize your deductions?
- Do you have more than one income coming into the household?

TWO-EARNERS/MULTIPLE INCOMES: When earnings are derived from more than one source, under-withholding may occur. If you have a working spouse or more than one job, it is best to check the box "SINGLE or MARRIED (with two or more incomes)." Figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using only one DE 4 form. Claim allowances with **one** employer.

Do **not** claim the same allowances with more than one employer. Your withholding will usually be most accurate when all allowances are claimed on the DE 4 filed for the highest paying job and zero allowances are claimed for the others.

MARRIED BUT NOT LIVING WITH YOUR SPOUSE: You may check the "Head of Household" marital status box if you meet all of the following tests:

- (1) Your spouse will not live with you at any time during the year;
- (2) You will furnish over half of the cost of maintaining a home for the entire year for yourself and your child or stepchild who qualifies as your dependent; and
- (3) You will file a separate return for the year.

HEAD OF HOUSEHOLD: To qualify, you must be unmarried or legally separated from your spouse and pay more than 50% of the costs of maintaining a home for the **entire** year for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. Cost of maintaining the home includes such items as rent, property insurance, property taxes, mortgage interest, repairs, utilities, and cost of food. It does not include the individual's personal expenses or any amount which represents value of services performed by a member of the household of the taxpayer.

WORKSHEET A

REGULAR WITHHOLDING ALLOWANCES

- | | |
|--|-----------|
| (A) Allowance for yourself — enter 1 | (A) _____ |
| (B) Allowance for your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (B) _____ |
| (C) Allowance for blindness — yourself — enter 1 | (C) _____ |
| (D) Allowance for blindness — your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (D) _____ |
| (E) Allowance(s) for dependent(s) — do not include yourself or your spouse | (E) _____ |
| (F) Total — add lines (A) through (E) above and enter on line 1a of the DE 4 | (F) _____ |

INSTRUCTIONS — 2 — (OPTIONAL) ADDITIONAL WITHHOLDING ALLOWANCES

If you expect to itemize deductions on your California income tax return, you can claim additional withholding allowances. Use Worksheet B to determine whether your expected estimated deductions may entitle you to claim **one or more additional** withholding allowances. Use last year's FTB Form 540 as a model to calculate this year's withholding amounts.

Do not include deferred compensation, qualified pension payments, or flexible benefits, etc., that are deducted from your gross pay but are not taxed on this worksheet.

You may reduce the amount of tax withheld from your wages by claiming one additional withholding allowance for each \$1,000, or fraction of \$1,000, by which you expect your estimated deductions for the year to exceed your allowable standard deduction.

WORKSHEET B

ESTIMATED DEDUCTIONS

Use this worksheet **only** if you plan to itemize deductions, claim certain adjustments to income, or have a large amount of nonwage income not subject to withholding.

- | | |
|---|------------|
| 1. Enter an estimate of your itemized deductions for California taxes for this tax year as listed in the schedules in the FTB Form 540 | 1. _____ |
| 2. Enter \$9,202 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$4,601 if single or married filing separately, dual income married, or married with multiple employers | — 2. _____ |
| 3. Subtract line 2 from line 1, enter difference | = 3. _____ |
| 4. Enter an estimate of your adjustments to income (alimony payments, IRA deposits) | + 4. _____ |
| 5. Add line 4 to line 3, enter sum | = 5. _____ |
| 6. Enter an estimate of your nonwage income (dividends, interest income, alimony receipts) | — 6. _____ |
| 7. If line 5 is greater than line 6 (if less, see below [go to line 9]); Subtract line 6 from line 5, enter difference | = 7. _____ |
| 8. Divide the amount on line 7 by \$1,000, round any fraction to the nearest whole number enter this number on line 1b of the DE 4. Complete Worksheet C, if needed, otherwise stop here . | 8. _____ |
| 9. If line 6 is greater than line 5; Enter amount from line 6 (nonwage income) | 9. _____ |
| 10. Enter amount from line 5 (deductions) | 10. _____ |
| 11. Subtract line 10 from line 9, enter difference. Then, complete Worksheet C. | 11. _____ |

*Wages paid to registered domestic partners will be treated the same for state income tax purposes as wages paid to spouses for California PIT withholding and PIT wages. This law does not impact federal income tax law. A registered domestic partner means an individual partner in a domestic partner relationship within the meaning of section 297 of the Family Code. For more information, please call our Taxpayer Assistance Center at 1-888-745-3886.

WORKSHEET C
ADDITIONAL TAX WITHHOLDING AND ESTIMATED TAX

1. Enter estimate of total wages for tax year 2021. 1. _____
2. Enter estimate of nonwage income (line 6 of Worksheet B). 2. _____
3. Add line 1 and line 2. Enter sum. 3. _____
4. Enter itemized deductions or standard deduction (line 1 or 2 of Worksheet B, whichever is largest). 4. _____
5. Enter adjustments to income (line 4 of Worksheet B). 5. _____
6. Add line 4 and line 5. Enter sum. 6. _____
7. Subtract line 6 from line 3. Enter difference. 7. _____
8. Figure your tax liability for the amount on line 7 by using the 2021 tax rate schedules below. 8. _____
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$136.40). 9. _____
10. Subtract line 9 from line 8. Enter difference. 10. _____
11. Enter any tax credits. (See FTB Form 540). 11. _____
12. Subtract line 11 from line 10. Enter difference. This is your total tax liability. 12. _____
13. Calculate the tax withheld and estimated to be withheld during 2021. Contact your employer to request the amount that will be withheld on your wages based on the marital status and number of withholding allowances you will claim for 2021. Multiply the estimated amount to be withheld by the number of pay periods left in the year. Add the total to the amount already withheld for 2021. 13. _____
14. Subtract line 13 from line 12. Enter difference. If this is less than zero, you do not need to have additional taxes withheld. 14. _____
15. Divide line 14 by the number of pay periods remaining in the year. Enter this figure on line 2 of the DE 4. 15. _____

NOTE: Your employer is not required to withhold the additional amount requested on line 2 of your DE 4. If your employer does not agree to withhold the additional amount, you may increase your withholdings as much as possible by using the "single" status with "zero" allowances. If the amount withheld still results in an underpayment of state income taxes, you may need to file quarterly estimates on Form 540-ES with the FTB to avoid a penalty.

THESE TABLES ARE FOR CALCULATING WORKSHEET C AND FOR 2021 ONLY

**SINGLE PERSONS, DUAL INCOME
MARRIED WITH MULTIPLE EMPLOYERS**

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$8,932	1.100%	\$0	\$0.00
\$8,932	\$21,175	2.200%	\$8,932	\$98.25
\$21,175	\$33,421	4.400%	\$21,175	\$367.60
\$33,421	\$46,394	6.600%	\$33,421	\$906.42
\$46,394	\$58,634	8.800%	\$46,394	\$1,762.64
\$58,634	\$299,508	10.230%	\$58,634	\$2,839.76
\$299,508	\$359,407	11.330%	\$299,508	\$27,481.17
\$359,407	\$599,012	12.430%	\$359,407	\$34,267.73
\$599,012	\$1,000,000	13.530%	\$599,012	\$64,050.63
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$118,304.31

MARRIED PERSONS

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$17,864	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,864	\$42,350	2.200%	\$17,864	\$196.50
\$42,350	\$66,842	4.400%	\$42,350	\$735.19
\$66,842	\$92,788	6.600%	\$66,842	\$1,812.84
\$92,788	\$117,268	8.800%	\$92,788	\$3,525.28
\$117,268	\$599,016	10.230%	\$117,268	\$5,679.52
\$599,016	\$718,814	11.330%	\$599,016	\$54,962.34
\$718,814	\$1,000,000	12.430%	\$718,814	\$68,535.45
\$1,000,000	\$1,198,024	13.530%	\$1,000,000	\$103,486.87
\$1,198,024	and over	14.630%	\$1,198,024	\$130,279.52

UNMARRIED HEAD OF HOUSEHOLD

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$17,876	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,876	\$42,353	2.200%	\$17,876	\$196.64
\$42,353	\$54,597	4.400%	\$42,353	\$735.13
\$54,597	\$67,569	6.600%	\$54,597	\$1,273.87
\$67,569	\$79,812	8.800%	\$67,569	\$2,130.02
\$79,812	\$407,329	10.230%	\$79,812	\$3,207.40
\$407,329	\$488,796	11.330%	\$407,329	\$36,712.39
\$488,796	\$814,658	12.430%	\$488,796	\$45,942.60
\$814,658	\$1,000,000	13.530%	\$814,658	\$86,447.25
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$111,524.02

If you need information on your last California Resident Income Tax Return, FTB Form 540, visit [FTB \(ftb.ca.gov\)](http://ftb.ca.gov).

The DE 4 information is collected for purposes of administering the PIT law and under the authority of Title 22, CCR, section 4340-1, and the California Revenue and Taxation Code, including section 18624. The Information Practices Act of 1977 requires that individuals be notified of how information they provide may be used. Further information is contained in the instructions that came with your last California resident income tax return.

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

Paso 1: Anote Su Información Personal	(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 www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado ☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos ☐ Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

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

Paso 2: Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan	Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome sólo una de las siguientes opciones: (a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, 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).

Paso 3: Reclamación de Dependiente y Otros Créditos	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	3	\$
Paso 4 (opcional): Otros Ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación	4(a)	\$
	(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí	4(b)	\$
	(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago	4(c)	\$

Paso 5: Firme Aquí	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
Para Uso Exclusivo del Empleador	Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).		Fecha
	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)

Instrucciones Generales

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

Acontecimientos Futuros

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

Propósito del Formulario

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

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2025 si ambas situaciones a continuación le corresponden: para 2024, usted no tenía obligación tributaria federal y para 2025, usted espera no tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2024 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2024 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 2025. 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 17 de febrero de 2026.

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 si usted:

1. Está presentando este formulario después del comienzo del año;
2. Espera trabajar sólo parte del año;
3. Tiene cambios durante el año en su estado civil, número de trabajos para usted (y/o su cónyuge si es casado que presenta una declaración conjunta), o número de dependientes, o cambios en sus deducciones o créditos;
4. Recibe dividendos, ganancias de capital, Seguro Social, bonos o ingresos de negocios, o está sujeto al Impuesto Adicional del Medicare o al *Net Investment Income Tax* (Impuesto sobre los ingresos netos de inversión); o
5. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

CONSEJO: Tenga disponible(s) su(s) talón(es) de cheque(s) más reciente(s) de este año cuando utilice el estimador de retención de impuestos para contabilizar el impuesto federal sobre los ingresos que ya ha sido retenido este año. A comienzos del próximo año, utilice el estimador para volver a comprobar su retención.

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso 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 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. Presente un Formulario W-4 por separado para cada empleo.

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

En su lugar, si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción (c). El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4 para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional 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 2025 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 (Guarda 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 Suma 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 Suma 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 (Guarda para sus archivos).

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2025 (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:

• \$30,000 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$22,500 si es cabeza de familia • \$15,000 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 **Suma** 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 *Paperwork Reduction Act* (Ley de Reducción de Trámites), a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u OMB, por sus siglas en inglés). Los libros o registros 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	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,170	19,170
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

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	\$200	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040
\$10,000 - 19,999	850	1,700	1,870	1,870	2,220	3,220	3,720	3,720	3,720	3,720	3,890	4,090
\$20,000 - 29,999	1,020	1,870	2,040	2,390	3,390	4,390	4,890	4,890	4,890	5,060	5,260	5,460
\$30,000 - 39,999	1,020	1,870	2,390	3,390	4,390	5,390	5,890	5,890	6,060	6,260	6,460	6,660
\$40,000 - 59,999	1,220	3,070	4,240	5,240	6,240	7,240	7,880	8,080	8,280	8,480	8,680	8,880
\$60,000 - 79,999	1,870	3,720	4,890	5,890	7,030	8,230	8,930	9,130	9,330	9,530	9,730	9,930
\$80,000 - 99,999	1,870	3,720	5,030	6,230	7,430	8,630	9,330	9,530	9,730	9,930	10,130	10,580
\$100,000 - 124,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,760	9,960	10,160	10,950	11,950	12,950
\$125,000 - 149,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,950	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,090	5,460	6,660	8,450	10,450	11,950	12,950	13,950	15,080	16,380	17,680
\$175,000 - 199,999	2,040	4,290	6,450	8,450	10,450	12,450	13,950	15,230	16,530	17,830	19,130	20,430
\$200,000 - 249,999	2,720	5,570	7,900	10,200	12,500	14,800	16,600	17,900	19,200	20,500	21,800	23,100
\$250,000 - 399,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$400,000 - 449,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$450,000 y más	3,140	6,490	9,160	11,660	14,160	16,660	18,660	20,160	21,660	23,160	24,660	26,160

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	\$450	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,890
\$10,000 - 19,999	450	1,450	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	3,180	4,070	4,070	4,090	4,290
\$20,000 - 29,999	850	2,000	2,600	2,800	2,820	2,820	3,780	4,780	5,670	5,690	5,890	6,090
\$30,000 - 39,999	1,000	2,200	2,800	3,000	3,020	3,980	4,980	5,980	6,890	7,090	7,290	7,490
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,820	3,830	4,850	5,850	6,850	8,050	9,130	9,330	9,530	9,730
\$60,000 - 79,999	1,020	3,030	4,630	5,830	6,850	8,050	9,250	10,450	11,530	11,730	11,930	12,130
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,060	8,280	9,480	10,680	11,880	12,970	13,170	13,370	13,570
\$100,000 - 124,999	1,950	4,350	6,150	7,550	8,770	9,970	11,170	12,370	13,450	13,650	14,650	15,650
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,060	11,260	12,860	14,740	15,740	16,740	17,740
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,860	12,860	14,860	16,740	17,740	18,940	20,240
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,640	8,840	10,860	12,860	14,860	16,910	19,090	20,390	21,690	22,990
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,520	10,960	13,280	15,580	17,880	20,180	22,360	23,660	24,960	26,260
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,370	11,870	14,190	16,490	18,790	21,090	23,280	24,580	25,880	27,180
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,940	12,640	15,160	17,660	20,160	22,660	25,050	26,550	28,050	29,550

Certificado de Retenciones del Empleado

Complete este formulario para que su empleador pueda retener correctamente de su sueldo el impuesto sobre el ingreso de California.

Escriba su información personal			
Nombre, segundo nombre, apellido		Número de Seguro Social	
Domicilio		Estado civil	
Ciudad	Estado	Código Postal	☐ Soltero o casado (con dos o más ingresos) ☐ Casado (con un ingreso) ☐ Jefe de familia

1. Use la Hoja de trabajo A para retenciones regulares. Use las hojas de trabajo que aparecen en las siguientes páginas, si le aplican.
 - 1a. Número de retenciones regulares (Hoja de trabajo A)
 - 1b. Número de retenciones de deducciones estimadas (Hoja de trabajo B, si le aplica)
 - 1c. Número total de retenciones que solicita
2. Cantidad adicional, si hay alguna, que desea que se le retenga en cada período de pago (si su empleador está de acuerdo), (Hojas de trabajo C)

Exención de retención

3. Solicito una exención de las retenciones para el 2024 y certifico que cumplo con las dos condiciones de exención. (Marque la casilla aquí) ☐
4. Declaro bajo pena de perjurio que **no estoy sujeto** a retenciones de California. Yo cumplo con las condiciones establecidas en la ley titulada en inglés Service Member Civil Relief Act, la cual fue enmendada por la ley titulada en inglés Military Spouses Residency Relief Act y la ley titulada en inglés Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Marque la casilla aquí) ☐

Bajo pena de perjurio, declaro que el número de retenciones solicitadas en este certificado no exceden del número al cual tengo derecho o que, si solicito exención de retenciones, tengo derecho a solicitar que se me asigne estatus de exento.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Sección del empleador: Nombre y domicilio del empleador	Número de Cuenta del Impuesto sobre la Nómina del Empleador de California
---	---

Propósito: El Certificado de Retenciones del Empleado (DE 4), es únicamente para propósitos de retener el **Impuesto sobre el Ingreso Personal de California (PIT)**. El formulario DE 4 se usa para calcular la cantidad de impuestos que se retendrán de sus salarios, por parte de su empleador, para reflejar con exactitud su obligación de retener sus impuestos estatales.

El primero de enero de 2020, el *Certificado de Retención del Empleado* (Formulario W-4) del Servicio de Impuestos Internos (IRS) se usa **únicamente** para la retención del impuesto federal sobre el ingreso. Usted debe presentar el formulario estatal DE 4 para determinar el PIT de California.

Si no le proporciona a su empleador el DE 4, el empleador debe usar la retención correspondiente a soltero y sin retenciones.

Revise sus retenciones: Después de que el DE 4 entre en vigor, compare la retención del impuesto estatal sobre el ingreso con su total de impuestos anuales estimados. Para retenciones del estado, use las hojas de trabajo de este formulario.

Exención de retención: Si desea solicitar que se le exente, complete el formulario federal W-4 y el estatal DE 4. Usted puede solicitar que se le exente la retención del impuesto sobre el ingreso de California si cumple con las dos condiciones de exención siguientes:

1. No debe impuestos sobre el ingreso federales o estatales del año pasado, y
2. No espera deber ningún impuesto federal o estatal este año. La exención es válida por un año.

Si continúa calificando para la exención de retención cuando declare impuestos, debe presentar un nuevo DE 4 en el que se le designe como **exento** antes del 15 de febrero de cada año para continuar con su exención. Si no tiene retenciones federales o estatales este año, pero espera tener una responsabilidad fiscal (adeudo) el siguiente año, se le requerirá que le entregue a su empleador un nuevo DE 4 a más tardar el primero de diciembre.

Ley Member Service Civil Relief Act: Bajo esta ley, y conforme a la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*, usted puede ser exento de la retención de impuesto sobre el ingreso de California sobre su salario si:

- (i) (i) Su cónyuge es miembro de las fuerzas armadas presentes en California en cumplimiento a órdenes militares;
- (ii) (ii) Usted está presente en California solamente para estar con su cónyuge; y
- (iii) (iii) Usted conserva su domicilio en otro estado.

Si solicita una exención con fundamento en esta ley, **marque la casilla en la Línea 4**. Se le podría requerir proporcionar prueba de exención si se le solicita.

La guía para empleadores titulada en inglés [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) le proporciona las gráficas que contienen las retenciones del impuesto sobre el ingreso. Esta publicación la puede encontrar visitando [Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). Para asistirle en el cálculo de su responsabilidad fiscal, por favor, visite la agencia [Franchise Tax Board](http://ftb.ca.gov) (FTB, por sus siglas en inglés) (ftb.ca.gov).

Si necesita información sobre su ÚLTIMA declaración de impuestos como residente de California, del documento titulado en inglés *California Resident Income Tax Return* (FTB Form 540), visite la agencia FTB (ftb.ca.gov) [FTB](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

Notificación: La carga de la prueba recae en el empleado para demostrar la retención correcta del impuesto sobre el ingreso de California. De conformidad con la sección 4340-1(e) del [Título 22 del Código de Reglamentos de California](http://govt.westlaw.com/calregs/Search/Index) (CCR) (govt.westlaw.com/calregs/Search/Index), la FTB o el EDD podrían, mediante petición especial por escrito, requerir a un empleador para que presente el Formulario W-4 o el DE 4 cuando dichos formularios sean necesarios para la administración de los programas de retención de impuestos.

Sanción: Usted podría ser sancionado por la cantidad de \$500 si presenta, sin fundamentos razonables, un DE 4 que traiga como resultado la retención de menos impuestos de los que se está debidamente permitido. Adicionalmente, se aplicarán sanciones penales por proveer información falsa o fraudulenta, o por no proveer información requerida para incrementos de retenciones. Esto tiene su fundamento en la sección 13101 del [Código del Seguro de Desempleo de California](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) y la sección 19176 del [Código de Ingresos y Contribuciones](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml).

Hojas de trabajo

Instrucciones — 1 — Retenciones*

Cuando determine sus retenciones, debe considerar su situación personal:

- ¿Solicita retenciones para dependientes o por ceguera?
- ¿Especificará sus deducciones?
- ¿Hay más de un ingreso en su familia?

Dos ingresos o Varios ingresos: Cuando los ingresos provienen de más de una fuente, pueden ocurrir retenciones menores. Si su cónyuge trabaja o usted tiene más de un empleo, se le recomienda que marque la casilla "SOLTERO o CASADO (con dos o más ingresos)". Investigue el número total de retenciones que tiene derecho a reclamar en todos sus empleos usando un solo formulario DE 4. Solicite retenciones con un empleador.

No solicite las mismas retenciones con más de un empleador. Su retención será más exacta cuando todas las retenciones se soliciten en el DE 4 que presente en el empleo que más le paga y no solicita retenciones en los otros empleos.

Casado pero no vive con su cónyuge: Usted puede marcar la casilla "Jefe de familia" para su estado civil si cumple con todos los siguientes supuestos:

- (1) Su cónyuge no vivirá con usted en ningún período del año;
- (2) Usted suministrará aproximadamente la mitad de los costos de mantenimiento del hogar el año entero, tanto para usted como para su hijo o hijastro que califique como dependiente; y
- (3) Presentará por separado su declaración anual de impuestos.

Jefe de familia: Para calificar, usted debe estar soltero o legalmente separado de su cónyuge y pagar más del 50% de los costos de mantenimiento de un hogar en el año completo, tanto para usted como para su(s) dependiente(s) o cualquier otra persona que califique. El costo de mantenimiento del hogar incluye cobros como la renta, seguro de la propiedad, impuesto de la propiedad, intereses hipotecarios, reparaciones, servicios públicos y costos de alimentación. No se incluyen los gastos personales de la persona o cualquier cantidad que represente algún valor por servicios prestados por un miembro del hogar del contribuyente.

Hoja de trabajo A

Retenciones regulares

- | | |
|--|-----|
| (A) Retención para usted — escriba 1 | (A) |
| (B) Retención para su cónyuge (si éste no lo solicita por separado) — escriba 1 | (B) |
| (C) Retención para persona con ceguera — usted — escriba 1 | (C) |
| (D) Retención para persona con ceguera — su cónyuge (si éste no lo solicita por separado) — escriba 1 | (D) |
| (E) Retención(es) para dependiente(s) — no se incluya usted ni su cónyuge | (E) |
| (F) Total — escriba la suma de las líneas de la (A) a la (E) de la parte de arriba en la línea 1a del DE 4 | (F) |

Instrucciones — 2 — (Opcional) Retenciones adicionales

Si cree que va a especificar sus deducciones en su declaración del impuesto sobre el ingreso de California, puede solicitar retenciones adicionales. Use la Hoja de trabajo B para determinar sus deducciones estimadas que le puedan permitir solicitar una o más deducciones adicionales. Use el último Formulario 540 de la FTB como ejemplo para calcular las cantidades que se retendrán este año.

No incluya compensaciones diferidas, pagos de pensiones calificados o beneficios flexibles, etc., que se pueden deducir de su sueldo bruto, pero no son imponibles en esta hoja de trabajo.

Usted podría reducir la cantidad de impuestos a retener de sus salarios solicitando una retención adicional por cada \$1,000 o fracción de \$1,000, para la cual usted anticipa sus deducciones anuales estimadas que excederán de sus deducciones estándar.

Hoja de trabajo B

Deducciones estimadas

Use esta hoja de trabajo solo si planea especificar sus deducciones, solicitar ciertos ajustes a su ingreso o tiene una gran cantidad de ingreso no proveniente de salarios que no están sujetos a retenciones.

- | | |
|--|------|
| 1. Escriba un estimado de sus deducciones especificadas para los impuestos de California del presente año fiscal como se enlista en el Formulario 540 de la FTB | 1. |
| 2. Escriba la cantidad de \$10,726 si está casado y presenta una declaración conjunta con dos o más retenciones, soltero pero jefe de familia o viudo calificado con dependiente(s) o \$5,363 si está soltero o casado pero declara impuestos por separado, casado con doble ingreso o casado con varios empleadores | — 2. |
| 3. Reste la línea 2 de la línea 1 y escriba la diferencia | = 3. |
| 4. Escriba un estimado de sus ajustes a su ingreso (pagos de pensión alimenticia, depósitos de retiro IRA) | + 4. |
| 5. Sume la línea 4 a la línea 3 e ingrese la suma | = 5. |
| 6. Escriba un estimado de su ingreso que no proviene de salarios (dividendos, ingreso por intereses, recibe pensión alimenticia) | — 6. |
| 7. Si la línea 5 es más que la línea 6 (si es menos, vea en la parte de abajo [vaya a la línea 9]);
Reste la línea 6 de la línea 5 y escriba la diferencia | = 7. |
| 8. Divida la cantidad de la línea 7 entre \$1,000 y redondee cualquier fracción al número entero más cercano.
Agregue ese número a la línea 1b del DE 4. Complete la Hoja de trabajo C si es necesario, de lo contrario pare aquí. | 8. |
| 9. Si la línea 6 es más que la línea 5;
Escriba la cantidad de la línea 6 (ingreso que no proviene de salarios) | 9. |
| 10. Escriba la cantidad de la línea 5 (deducciones) | 10. |
| 11. Reste la línea 10 de la línea 9 y escriba la diferencia. Luego, complete la Hoja de trabajo C. | 11. |

*Los salarios pagados a parejas domésticas registradas recibirán el mismo tratamiento para propósitos del impuesto sobre el ingreso que los cónyuges para los salarios y retenciones del PIT de California. Esta ley no tiene impacto en la ley federal fiscal. El término pareja doméstica registrada se refiere a una persona en una relación de pareja doméstica conforme a la definición de la sección 297 del Código de Familia. Para más información, llame al Centro de Atención al Contribuyente al 1-888- 745-3886.

1. Escriba un estimado del total de sus salarios del año fiscal 2024. 1.
2. Escriba un estimado del total de ingresos que no provienen de salarios (línea 6 de la Hoja de trabajo B). 2.
3. Escriba el total de la 1 y la línea 2. 3.
4. Escriba las deducciones específicas o deducciones estándar (línea 1 o 2 de la Hoja de trabajo B, la que sea mayor). 4.
5. Escriba los ajustes de ingreso (línea 4 de la Hoja de trabajo B). 5.
6. Escriba el total de la línea 4 y la línea 5. 6.
7. Reste la línea 6 de la línea 3. escriba la diferencia. 7.
8. Calcule su responsabilidad fiscal para la cantidad que va en la línea 7, usando las tablas de tarifas fiscales del 2024 que aparecen en la parte de abajo. 8.
9. Escriba las exenciones personales (línea F de la Hoja de trabajo A x \$158.40). 9.
10. Substraiga la línea 9 de la línea 8. Ingrese la diferencia. 10.
11. Escriba cualquier crédito fiscal que tenga. (Consulte el Formulario 540 de la FTB). 11.
12. Reste la línea 11 de la línea 10. Escriba la diferencia. Este es el total de su responsabilidad fiscal. 12.
13. Calcule el impuesto a retener y el estimado que se le retendrá en el 2024. Comuníquese con su empleador para solicitar la cantidad que será retenida de sus salarios con base en su estado civil y el número de retenciones que solicitará en el 2024. Multiplique la cantidad estimada que será retenida por el número de pagos periódicos pendientes en el año. Sume el total a la cantidad que se está reteniendo en el 2024. 13.
14. Reste la línea 13 de la línea 12. Escriba la diferencia. Si es menos de cero, no necesita tener retenciones de impuestos adicionales. 14.
15. Divida la línea 14 por el número de pagos periódicos que faltan en el año. Escriba esa cantidad en la línea 2 del DE 4. 15.

Nota: No se requiere que su empleador retenga las cantidades adicionales de retención solicitadas en la línea 2 de su DE 4. Si su empleador no está de acuerdo con la cantidad adicional de retención, usted podría incrementar sus retenciones lo más que pueda si declara que su estado civil es "soltero" y sin retenciones. Si la cantidad retenida resulta en un pago insuficiente de impuestos estatales sobre el ingreso, es probable que necesite tramitar estimados trimestrales presentando el Formulario 540-ES de la FTB para evitar sanciones.

Las siguientes tablas son para calcular la Hoja de trabajo C y únicamente para el 2024

Personas solteras, casadas con ingreso doble o casadas con varios empleadores

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$10,412	1.100%	\$0	\$0.00
\$10,412	\$24,684	2.200%	\$10,412	\$114.53
\$24,684	\$38,959	4.400%	\$24,684	\$428.51
\$38,959	\$54,081	6.600%	\$38,959	\$1,056.61
\$54,081	\$68,350	8.800%	\$54,081	\$2,054.66
\$68,350	\$349,137	10.230%	\$68,350	\$3,310.33
\$349,137	\$418,961	11.330%	\$349,137	\$32,034.84
\$418,961	\$698,271	12.430%	\$418,961	\$39,945.90
\$698,271	\$1,000,000	13.530%	\$698,271	\$74,664.13
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$115,488.06

Personas casadas

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$20,824	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,824	\$49,368	2.200%	\$20,824	\$229.06
\$49,368	\$77,918	4.400%	\$49,368	\$857.03
\$77,918	\$108,162	6.600%	\$77,918	\$2,113.23
\$108,162	\$136,700	8.800%	\$108,162	\$4,109.33
\$136,700	\$698,274	10.230%	\$136,700	\$6,620.67
\$698,274	\$837,922	11.330%	\$698,274	\$64,069.69
\$837,922	\$1,000,000	12.430%	\$837,922	\$79,891.81
\$1,000,000	\$1,396,542	13.530%	\$1,000,000	\$100,038.11
\$1,396,542	and over	14.630%	\$1,396,542	\$153,690.24

Soltero/jefe de familia

SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$20,839	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,839	\$49,371	2.200%	\$20,839	\$229.23
\$49,371	\$63,644	4.400%	\$49,371	\$856.93
\$63,644	\$78,765	6.600%	\$63,644	\$1,484.94
\$78,765	\$93,037	8.800%	\$78,765	\$2,482.93
\$93,037	\$474,824	10.230%	\$93,037	\$3,738.87
\$474,824	\$569,790	11.330%	\$474,824	\$42,795.68
\$569,790	\$949,649	12.430%	\$569,790	\$53,555.33
\$949,649	\$1,000,000	13.530%	\$949,649	\$100,771.80
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$107,584.29

Si necesita información sobre su última Declaración del Impuesto sobre el Ingreso de California, FTB Formulario 540, visite la agencia [FTB](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

La información que se recopila del Formulario DE 4 es para propósitos de administrar la ley del PIT y tiene su fundamento en el Título 22 del CCR, sección 4340-1, y en la sección 18624 del Código Fiscal y de Ingresos de California (*California Revenue and Taxation Code*). La ley de 1977 titulada en inglés *Information Practices Act of 1977* requiere que se le notifique a todas las personas sobre cómo se utiliza la información que proporcionan. Se incluye información adicional e instrucciones en su última declaración de impuestos como residente de California.



8265 HANFORD - ARMONA ROAD
HANFORD, CALIFORNIA 93230

(559) 582-1251 • FAX (559) 584-2851

Name of Employer: Danell Custom Harvesting

USDOT #: 2852889

General Consent for Limited Queries of the Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA) Drug and Alcohol Clearinghouse for the Duration of Employment

I, the "Driver" whose name appears below, hereby provide consent to Danell Custom Harvesting to conduct a limited query of the FMCSA Commercial Driver's License Drug and Alcohol Clearinghouse (Clearinghouse) to determine whether drug or alcohol violation information about me exists in the Clearinghouse. Driver consents to unlimited multiple limited queries, for the duration of employment.

I understand that if the limited query conducted by Danell Custom Harvesting indicates that drug or alcohol violation information about me exists in the Clearinghouse, FMCSA will not disclose that information to Danell Custom Harvesting without first obtaining additional specific consent from me.

I further understand that if I refuse to provide consent for Danell Custom Harvesting to conduct a limited query of the Clearinghouse, Danell Custom Harvesting must prohibit me from performing safety-sensitive functions, including driving a commercial motor vehicle, as required by FMCSA's drug and alcohol program regulations.

Read, Acknowledged and Consented to this on the ____ day of _____, 2025

FECHA

Drivers Signature: _____

FIRMA

Last Name as shown on Driver License: _____

APELLIDO(S)

First Name as shown on Driver License: _____

PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE

CDL#: _____ State of Issue: _____ Country of Issue ____ US ____

NUMERO DE LICENCIA

DOB (Date of Birth). Format is MM/DD/YYYY ____/____/____

FECHA DE NACIMIENTO

Personal Email: _____

CORREO ELECTRONICO

Mobile Phone (____) ____-____

NUMBER DE TELEFONO



EMPLOYER PULL NOTICE PROGRAM

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF DRIVER RECORD INFORMATION

SECTION 1 — DRIVER INFORMATION

I, _____, California Driver License Number, _____, hereby authorize the California Department of Motor Vehicles (DMV) to disclose or otherwise make available, my driving record, to my employer, Danell Custom Harvesting, LLC

COMPANY NAME

I understand that my employer may enroll me in the Employer Pull Notice (EPN) program to receive a driver record report at least once every twelve (12) months or when any subsequent conviction, failure to appear, accident, driver's license suspension, revocation, or any other action is taken against my driving privilege during my employment.

I am not driving in a capacity that requires mandatory enrollment in the EPN program pursuant to *California Vehicle Code (CVC) §1808.1(k)*. I understand that enrollment in the EPN program is in an effort to promote driver safety, and that my driver license report will be released to my employer to determine my eligibility as a licensed driver for my employment.

EXECUTED AT: CITY	COUNTY	STATE
Hanford	Kings County	CA
DATE	SIGNATURE OF EMPLOYEE X	

SECTION 2 — AUTHORIZED REPRESENTATIVE CERTIFICATION

I, Denise Danell, of Danell Custom Harvesting, LLC

AUTHORIZED REPRESENTATIVE

COMPANY NAME

do hereby certify under penalty of perjury under the laws in the State of California, that I am an authorized representative of this company, that the information entered on this document is true and correct, to the best of my knowledge and that I am requesting driver record information on the above individual to verify the information as provided by said individual. This record is to be used by this employer in the normal course of business and as a legitimate business need to verify information relating to a driving position not mandated pursuant to CVC §1808.1. The information received will not be used for any unlawful purpose. I understand that if I have provided false information, I may be subject to prosecution for perjury (*Penal Code §118*) and false representation (CVC §1808.45). These are punishable by a fine not exceeding five thousand dollars (\$5,000) or by imprisonment in the county jail not exceeding one year, or both fine and imprisonment. I understand and acknowledge that any failure to maintain confidentiality is both civilly and criminally punishable pursuant to CVC §§1808.45 and 1808.46.

EXECUTED AT: CITY	COUNTY	STATE
Hanford	Kings County	CA
DATE	SIGNATURE AND TITLE OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE X Denise Danell	

To obtain a driver record on a prospective employee you may submit an INF 1119 form. To add this driver to the EPN Program you must submit the applicable forms: INF 1100, INF 1102, INF 1103, INF 1103A form. You may obtain forms at our website at dmv.ca.gov/otherservices, or by calling 916-657-6346.

**PLEASE RETAIN AT THE EMPLOYER'S PRINCIPAL PLACE OF BUSINESS AND
MAKE AVAILABLE UPON REQUEST TO DMV STAFF.**

DO NOT RETURN THIS FORM TO DMV.



PROGRAMA DE AVISO AL EMPLEADOR

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE DE MANEJO

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Yo, _____, número de licencia de manejar de California, _____, por medio de la presente autorizo al Departamento de Vehículos Motorizados de California (DMV) a revelar o poner a disposición de mi empleador Danell Custom Harvesting, LLC mi expediente de manejo.
NOMBRE DE LA COMPAÑIA

Comprendo que mi empleador puede inscribirme en el programa de Aviso al Empleador (EPN) para recibir un reporte de mi expediente de manejo por lo menos una vez cada doce (12) meses o cuando haya cualquier condena, falta de comparecencia ante la corte, choque, suspensión o revocación subsiguientes de la licencia de manejar o cualquier otra medida tomada contra mi privilegio de manejar durante el transcurso de mi empleo.

No manejo en la capacidad que requiera inscripción obligatoria en el programa EPN según la §1808.1(k) del código *California Vehicle Code* (CVC). Comprendo que la inscripción en el programa EPN fomenta la seguridad vial y que el reporte de mi expediente de manejo será entregado a mi empleador con el fin de determinar si califico como titular de licencia de manejar para fines laborales.

LLEVADO A CABO EN: CIUDAD	CONDADO	ESTADO
Hanford	Kings County	CA
FECHA	FIRMA DEL EMPLEADO	
	X	

SECCIÓN 2 - CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Yo, Denise Danell, de Danell Custom Harvesting, LLC
REPRESENTANTE AUTORIZADO NOMBRE DE LA COMPAÑIA

por la presente certifico bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que soy un representante autorizado de esta compañía, que la información ingresada en este documento es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender, y que solicito información del expediente de manejo de la persona mencionada anteriormente para verificar la información proporcionada por dicha persona. Este empleador usará este expediente con fines normales relacionados al empleo y como una necesidad legítima de negocios para verificar la información relacionada a un puesto de manejo no obligatorio de inscripción según la §1808.1 del CVC. La información recibida no se usará con ningún fin ilegal. Comprendo que si proporciono información falsa, es posible que esté sujeto a enjuiciamiento por perjurio según la §118 del código *Penal Code* y falsa representación según la §1808.45 del CVC. Esto se sanciona con una multa que no exceda cinco mil dólares (\$5,000) o con prisión en la cárcel de condado que no exceda un año, o ambos, multa y prisión. Comprendo y reconozco que cualquier falta a la confidencialidad se sanciona tanto civil como criminalmente según las §§1808.45 y 1808.46 del CVC.

EJECUTADO EN: CIUDAD	CONDADO	ESTADO
Hanford	Kings County	CA
FECHA	FIRMA Y TÍTULO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	
	X <u>Denise Danell</u>	

Para obtener el expediente de manejo de un posible empleado, puede presentar el formulario INF 1119. Para añadir este conductor al programa EPN, deberá presentar los formularios correspondientes: INF 1100, INF 1102, INF 1103, INF 1103A. Puede obtener los formularios en nuestro sitio de Internet en dmv.ca.gov/otherservices o llamando al 916-657-6346.

**FAVOR DE ARCHIVAR EN EL LUGAR PRINCIPAL DE NEGOCIOS DEL EMPLEADOR Y
PONER A DISPOSICIÓN A PEDIDO DEL PERSONAL DEL DMV.**

NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL DMV.

EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

Phone: (800) 223-4590 • Fax: (949) 892-1352 • 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:

- ☐ Medical Plan _____
☐ RX Plan _____
☐ Dental Plan _____
☐ Vision Plan _____
☐ Life Plan _____

1. Enrollment Reason:

- ☐ New Hire
☐ Rehired/Returning Employee
Date: _____
☐ Status Change
Date: _____
☐ New Group Enrollee (For New Business ONLY)

- ☐ Open Enrollment
☐ Late Enrollment
Reason: _____

☐ COBRA
Original Effective Date: _____

Qualifying event: _____

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

Date of Hire	Occupation	Date of Birth (Format: MM/DD/YYYY)	Gender ☐ M ☐ 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)	☐ English ☐ 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)	(Write N/A if SSN not available)	Mobile Phone (required if available)
Circle: Spouse ☐ Domestic Partner ☐ ☐ M ☐ F						
Address (if not living with Employee)	Email				Preferred Language ☐ English ☐ Spanish	
Child ☐ ☐ M ☐ F						
Address (if not living with Employee)	Email				Preferred Language ☐ English ☐ Spanish	
Child ☐ ☐ M ☐ F						
Address (if not living with Employee)	Email				Preferred Language ☐ English ☐ Spanish	
Child ☐ ☐ M ☐ F						
Address (if not living with Employee)	Email				Preferred Language ☐ English ☐ Spanish	
Child ☐ ☐ M ☐ F						
Address (if not living with Employee)	Email				Preferred Language ☐ English ☐ 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

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.

5. Other Coverage for Enrolling Applicants:

1. Is anyone eligible and covered by Medicare? If yes, who? Yes ☐ No ☐
2. Do you currently have other health coverage? Yes ☐ No ☐
If yes, which carrier? _____
Do your dependents? Yes ☐ No ☐
If yes, which carrier? _____
3. Do you intend to continue other group coverage? Yes ☐ No ☐
Do your dependents? Yes ☐ No ☐

Employee Signature:

Date:



54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

WAIVER OF COVERAGE FORM

54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

Toll Free: (800) 223-4590 • Fax: (949) 892-1352

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. ◊



UnitedAg Use Only

Date Eff. _____

Initials _____

Date _____

Group Number:	Company Name:
---------------	---------------

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

3. Employee Information (if waiving):				
Date of Hire	Occupation	Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Gender ☐ M ☐ 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)
Circle: Spouse / Domestic Partner ☐ M ☐ F						
Child ☐ M ☐ F						
Child ☐ M ☐ F						
Child ☐ M ☐ F						
Child ☐ M ☐ F						
Child ☐ M ☐ F						

5. Employee Signature	
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. 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. 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.	
Employee Signature:	Date:



54 Corporate Park • Irvine, CA 92606-5105

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Teléfono: (800) 223-4590 • Fax: (949) 892-1352 • 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 _____

Nombre y Número de Compañía:

Fecha Efectiva:

☐ Médico Plan _____	1. Inscripción Razon	☐ Contratación Nueva	☐ Inscripción Abierta	☐ COBRA Fecha Original de Efectividad: _____ Evento Calificador: _____
☐ Prescripción Plan _____		☐ Empleado Recontratado	☐ Inscripción Tarde	
☐ Dental Plan _____		Fecha: _____	Razón: _____	
☐ Visión Plan _____		☐ Cambio de Estado	_____	
☐ De Vida Plan _____		Fecha: _____	_____	
	☐ Inscripción de Grupo Nuevo			

2. Información del Empleado (si se inscribe): Límite de 20 letras

Fecha de Contratación	Ocupación	Fecha de Nacimiento (formato: MM/DD/AAAA)	Género ☐ M ☐ 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) ☐ Inglés ☐ Español

3. Información de Dependiente (si se inscribe): *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).

Género (seleccione las opciones abajo)	Apellido (omite si mismo que el empleado) Límite de 20 letras	Primer Nombre (Límite 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)
☐ Circule: Cónyug Pareja Doméstica ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electrónico		Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español		
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electrónico		Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español		
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electrónico		Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español		
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electrónico		Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español		
Niño/a ☐ M ☐ F						
Domicilio (si no viven con empleado)		Correo Electrónico		Idioma Preferido ☐ Inglés ☐ Español		

4. Designación de Beneficiario para el Seguro de Vida de Grupo:

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.

Beneficiario Principal	Parentesco
Beneficiario Suplente	Parentesco

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.

Firma del Cónyuge	Fecha
-------------------	-------

5. Otras Coberturas de los Solicitantes:

1. Es alguien elegible o cubierto por Medicare? Si su respuesta es sí, indique?	Sí ☐ No ☐
2. Tiene actualmente otra cobertura de salud? Si su respuesta es sí, qué proveedor de salud?	Sí ☐ No ☐
Sus Dependientes? Si su respuesta es sí, qué proveedor de salud?	Sí ☐ No ☐
3. Tiene la intención de continuar la cobertura de grupo? Sus Dependientes?	Sí ☐ No ☐

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 sometida – 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) 892-1352 • 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)
☐ Médico Plan _____ ☐ Prescripción Plan _____ ☐ Dental Plan _____ ☐ Visión Plan _____ ☐ De Vida Plan _____	☐ Tiene otra cobertura Nombre de otra cobertura: _____ ☐ Cobertura por Medicare ¿Indiqué?: _____ ☐ Costo muy alto ☐ Otra razón _____	☐ Yo ☐ Cónyuge / Pareja Doméstica ☐ Niño(s)

3. Información del Empleado (si renuncio):			
Fecha de Contratación	Ocupación	Fecha de Nacimiento (formato:MM/DD/AAAA)	Género ☐ M ☐ F
Apellido		Primer Nombre	No. de Seguro Social
Domicilio		Ciudad	Estado
Teléfono		Correo Electronico	Código Postal

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)
Circule: Cónyuge, Pareja Doméstica ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						
Niño/a ☐ M ☐ F						

5. Firma del Apicante:	
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 periodo 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 periodo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción. 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 periodo de 60 días que inicia a partir de la fecha de la determinación de elegibilidad a dicha asistencia para usted o sus dependientes. 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.	
Firma del Apicante:	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

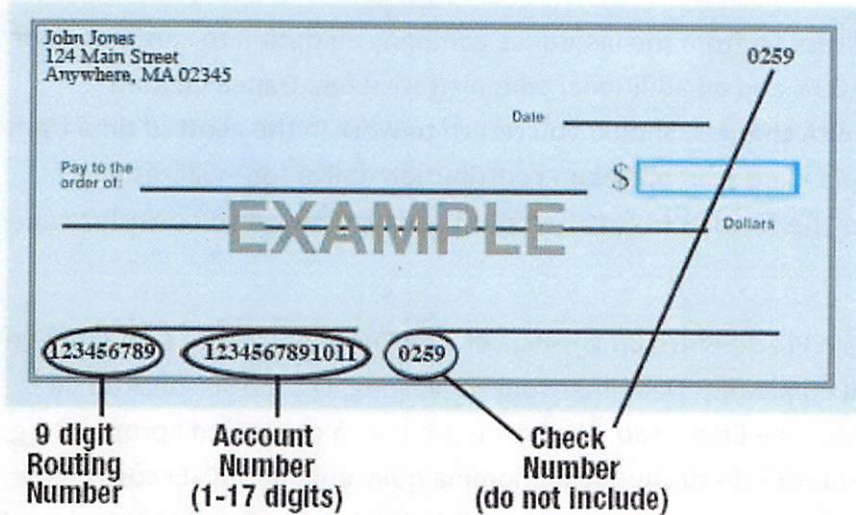
Voluntary Direct Deposit Authorization Form

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: _____