



New Hire Paperwork Samples

The following pages are included to aid in the completion of the required New Hire Paperwork for the F.I. Department (*please do not use or send us the samples*).

Below is a guide for you to make sure you have completed all new hire forms. The completed forms can be faxed to 1-800-359-2884 or mailed to **Tempus Unlimited, Inc.** at 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072. Please make sure to put your consumer number on all forms.

*Where available Spanish version on back side.

Please note:

PCA = Employee
Consumer = Employer

Please use the list below to ensure you have completed all the required forms when hiring a new PCA.

- **W4:** PCA name, address, social security number & signature are required.
- **I-9:**
 - **Page 1 of 3:** Section 1 must be completely filled out, Citizenship and PCA must sign & date form.
 - **Page 2 of 3:** Section 2 and Certification Section must be completely filled out including filling in the PCA's first date of employment & Consumer/Surrogate is required to sign.
- **PCA Signature Form:** Consumer name needs to be written in the designated spot, the relationship box checked & the PCA must sign & date form.

One of the below options is REQUIRED as of 1/1/17

- **Direct Deposit Application:** the PCA signature is required. For a checking account we need a voided check or a bank letter. For a savings account we need a bank letter. (Please see middle section of direct deposit form for more details)
- **Debit Card Enrollment Form:** PCA signature is required and Consumer information must be filled in.

The forms below are OPTIONAL

E-Timesheets User Agreement Form: the Consumer/Surrogate **and** the PCA are required to sign the form and have different email addresses.

Union Application: If the PCA would like to join, fill out the application and **mail to the Union**.

Paperwork should be submitted before the PCA starts working. It takes Tempus Unlimited, Inc. approximately 3-5 business days to set up a new PCA.

Any questions, please contact us at 1-877-479-7577

Employee's Withholding Certificate

OMB No. 1545-0074

▶ 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.

2022

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial PCA/WORKER FIRST NAME MIDDLE INITIAL	Last name PCA/WORKER LAST NAME	(b) Social security number 000-00-0000
	Address PCA/WORKER 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 PCA/WORKER CITY, STATE AND ZIP CODE		
(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying widow(er) <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)			CHECK ONE BOX

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, when to use the estimator at www.irs.gov/W4App, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works	Complete this section if you have more than one job, or if you are married and your spouse also works. The estimator will take into account the income from all jobs. Do only one of the following: (a) Use the estimator for each job separately. (b) Use the Multiple Jobs estimator for all jobs. (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 accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld.	(a) <input type="checkbox"/> Use the estimator for each job separately (and Steps 3-4), or use the Multiple Jobs estimator for roughly accurate withholding. (b) <input type="checkbox"/> Use the Multiple Jobs estimator for all jobs. (c) <input type="checkbox"/> 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 accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld.
---	--	--

SAMPLE

TIP: To be accurate, submit a 2022 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

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 Dependents	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 ▶ \$ _____	
TO CLAIM DEPENDENTS THE TOTAL DOLLAR MUST BE IN BOX 3		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) \$

TO CLAIM EXEMPTION FROM WITHHOLDING - WRITE EXEMPE HERE

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.		
	PCA'S/WORKERS SIGNATURE	TODAY'S DATE	
	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)
	Print Consumer Name	CON #	

PCA/WORKER DATE OF BIRTH

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

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

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 2022 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2021 and you expect to have no federal income tax liability in 2022. You had no federal income tax liability in 2021 if (1) your total tax on line 24 on your 2021 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27a, 28, 29, and 30), 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 2022 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2023.

Your privacy. If you prefer to limit information provided in Steps 2 through 4, use the online estimator, which will also increase accuracy.

As an alternative to the estimator: if you have concerns with Step 2(c), you may choose Step 2(b); if you have concerns with Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c). If this is the only job in your household, you may instead check the box in Step 2(c), which will increase your withholding and significantly reduce your paycheck (often by thousands of dollars over the year).

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Have dividend or capital gain income, or are subject to additional taxes, such as Additional Medicare Tax;
3. Have self-employment income (see below); or
4. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

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

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

Specific Instructions

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

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

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

If you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may instead 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 roughly 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(c) 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 2022 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.

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del Impuesto Federal sobre los Ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

2022

Paso 1: Anote su información personal	(a) Su primer nombre e inicial del segundo PRIMER NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO	Apellido APELLIDO DEL PCA/WORKER	(b) Su número de Seguro Social 000-00-0000
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural) DIRECCION DEL PCA/WORKER		▶ ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL DEL PCA/WORKER		
(c) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input checked="" type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos <input checked="" type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).			MARQUE UNA CASILLA

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, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2: Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan	Complete este formulario una vez para cada empleo. Si usted o su cónyuge también trabajan para otro empleador, complete este formulario para cada uno de esos empleos. Tome sólo una copia de este formulario para cada empleo. (a) Utilice el estimador de retención de impuestos para calcular su retención con la mayor precisión. (b) Utilice la Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada; o (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario. <input type="checkbox"/>	<div style="border: 3px solid black; padding: 10px; font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0 auto;">MUESTRA</div>
<p>CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2022 en todos los otros empleos. Si usted (o su cónyuge) tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador.</p>		

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) 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(SP) para el empleo que le paga el salario más alto). **PARA RECLAMAR DEPENDIENTES, EL TOTAL EN DOLARES DEBE DE ESTAR EN LA CASILLA 3**

Paso 3: Reclamación de dependientes	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 ▶ \$ _____ Sumo las cantidades anteriores y anote el total aquí ▶ \$ _____	3	
Paso 4 (opcional): Otros ajustes	(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). 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 ▶ \$ _____	4(c)	\$
PARA RECLAMAR EXENCIÓN DE RETENTION, ESCRIBA EXENTO AQUI . →			

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 PCA/WORKER	FECHA DE HOY	
	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 Federal de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

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

Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4(SP) 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(SP) 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(SP) nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés.

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2022 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2021, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2022, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2021 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2021 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27a, 28, 29 y 30) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2022. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "Exempt" (Exento) en el Formulario W-4(SP) 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(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 15 de febrero de 2023.

Su privacidad. Si prefiere limitar la información proporcionada en los Pasos 2 a 4, utilice el estimador de retención de impuestos en línea, el cual también aumentará la precisión.

Como alternativa al estimador de retención de impuestos: si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información 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). Si ésta es el único empleo en su unidad familiar, puede marcar el recuadro en el Paso 2(c), lo cual aumentará su retención y reducirá significativamente su cheque de paga (a menudo por miles de dólares a lo largo del año).

Cuándo usar el estimador de retención de impuestos. Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Tiene ingresos por dividendos o ganancias de capital o sus ingresos están sujetos a impuestos adicionales, como el Impuesto Adicional del Medicare;
3. Tiene ingresos del trabajo por cuenta propia (vea a continuación). Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso del trabajo por cuenta propia que reciba, aparte del salario que reciba como empleado; o
4. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

Ingresos del 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), en inglés, 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 trabajo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

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

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(SP) 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 más o menos 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(SP). La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4(SP) 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, viva 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 pueda 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), en inglés. 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, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés.

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 2022 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 desea 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.



THE 9 MOST COMMON I-9 MISTAKES

1. The Employee fails to sign and date the attestation
2. The Employer fails to have the employee complete Section 1 by the first day of employment (that is, the first day for pay)
3. The employee doesn't check the box indicating status (i.e. US citizen, lawful permanent resident), or the employee checks multiple boxes
4. The translator or preparer doesn't complete the Preparer box
5. The employer fails to enter acceptable documents on the form, including the document number, title issuing agency, and expiration date
6. The Employer demands certain documents (i.e. social security card)
7. The Employer does not complete Section 2 by the third day of employment
8. The Employer fails to enter the date of hire. This should match the date on payroll records
9. The Employer representative does not sign, date, and print his or her name on the certification

What if the Employee's Documentation Doesn't Look Right?

- As an employer, you can reject the document and ask them to produce another document from the list

What if the document presented is different from what the employee has written? (i.e. name is spelled differently)

- Ask the employee about the discrepancy. If the document appears to look genuine, ask the employee to correct the form and initial the change or provide a copy of the corrected document.



Employment Eligibility Verification
Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

▶ **START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.**

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation *(Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)*

Last Name <i>(Family Name)</i> PCA/Worker Last Name		First Name <i>(Given Name)</i> PCA/Worker First Name		Middle Initial MI	Other Last Names Used <i>(if any)</i> PCA/Worker other last names	
Address <i>(Street Number and Name)</i> PCA/Worker Address			Apt. Number APT #	City or Town PCA/Worker City		State State
Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i> PCA/Worker Date of Birth		U.S. Social Security Number PCA/Worker SS #		Employee's E-mail Address PCA/Worker Email Address		Employee's Telephone Number PCA/Worker Telephone #
State		ZIP Code		State		ZIP Code

CHECK ONE BOX for imprisonment and/or fines for false statements on this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

1. A citizen of the United States

2. A noncitizen national of the United States *(See instructions)*

3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____

4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____
 Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. *(See instructions)*

*Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9:
 An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.*

1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____
OR
 2. Form I-94 Admission Number: _____
OR
 3. Foreign Passport Number: _____
 Country of Issuance: _____

QR Code - Section 1
Do Not Write In This Space



Signature of Employee PCA/Worker Signature	Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i> Today's date
--	---

Preparer and/or Translator Certification (check one):

I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
(Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Today's Date <i>(mm/dd/yyyy)</i>	
Last Name <i>(Family Name)</i>		First Name <i>(Given Name)</i>	
Address <i>(Street Number and Name)</i>		City or Town	State
		State	ZIP Code

STOP **Employer Completes Next Page** STOP



Employment Eligibility Verification
 Department of Homeland Security
 U.S. Citizenship and Immigration Services

Please add Citizenship Status from Page 1
 1 - US Citizen
 2 - Noncitizen National
 3 - Lawful Perm Resident
 4 - An Alien authorized to work

USCIS Form I-9
 OMB No. 1615-0047
 Expires 10/31/2022

Section 2. Employer or Authorized Representative Review
(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 with must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B AND a document from List C of Acceptable Documents.)

of employment. You as listed on the "Lists

Employee Info from Section 1	Last Name (Family Name) PCA/Worker Last Name	First Name (Given Name) PCA/Worker First Name	M.I. MI	Citizenship/Immigration Status Citizenship Stautas (1 - 4)
------------------------------	--	---	-------------------	--

List A OR **See List B on next page** AND **See List C on next page**
 Identity and Employment Authorization

<p>If you do not see a document from List A on the next page, you MUST see a document from List B AND a document from List C</p>	Document Title	Document Title
	Issuing Authority	Issuing Authority
	Document Number	Document Number
	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
	Additional Information	
	QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space	
	Document Number	
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		
Document Title		
Issuing Authority		
Document Number		
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the document(s) presented by the above-named employee, (2) the above-listed document(s) appear to be genuine and to relate to the employee is authorized to work in the United States. **PCA/Worker 1st Day of Employment** (3) to the best of my knowledge the

The employee's first day of employment (mm/dd/yyyy): **00/00/000** (See instructions for exemptions)

Signature of Employer or Authorized Representative Consumer/Employer or Surroagate Signature	Today's Date (mm/dd/yyyy) Today's Date	Title of Employer or Authorized Representative Consumer/Employer or Surrogate Title	
Last Name of Employer or Authorized Representative Last Name of Consumer/Employer or Surrogate	First Name of Employer or Authorized Representative First Name of Consumer/Employer or Surrogate	Employer's Business or Organization Name Provide Consumer Number Here	
Employer's Business or Organization Address (Street Number and Name) Consumer/Employer Address		City or Town Consumer/Employer City	State State
		ZIP Code Zip Code	

Section 3. Reverification and Rehires (To be completed and signed by employer or authorized representative.)

A. New Name (if applicable)			B. Date of Rehire (if applicable)
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Date (mm/dd/yyyy)

C. If the employee's previous grant of employment authorization has expired, provide the information for the document or receipt that establishes continuing employment authorization in the space provided below.

Document Title	Document Number	Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
----------------	-----------------	---------------------------------------

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented document(s), the document(s) I have examined appear to be genuine and to relate to the individual.

Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)	Name of Employer or Authorized Representative
--	---------------------------	---

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS
All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A
or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address		2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		3. School ID card with a photograph		3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal
4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		4. Voter's registration card		4. Native American tribal document
5. For a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form.		5. U.S. Military card or draft record		5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		6. Military dependent's ID card		6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card		7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security
		8. Native American tribal document		
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority		
6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:		
		10. School record or report card		
		11. Clinic, doctor, or hospital record		
		12. Day-care or nursery school record		

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Personal Care Attendant Signature Form



Name of fiscal intermediary (FI) Tempus Unlimited, Inc.

- All PCAs hired by a PCA consumer must fill out and sign this form and give it to their employer (the PCA consumer).
- The PCA's employer (the PCA consumer) must submit this form to the FI, along with all other paperwork required by the FI and MassHealth.
- The FI cannot pay a PCA until all required paperwork is received and complete.
- MassHealth and the FI cannot pay a PCA to work
 - when the PCA consumer is in an inpatient facility, such as a hospital or nursing facility; or
 - when the amount of time that has been authorized by MassHealth has been exhausted or is insufficient.
- The PCA must read the rest of this form and sign below before receiving payment from the FI.

I agree to accept the position of personal care attendant (PCA) for Consumer Name (name of PCA consumer).

I understand that my employer is the PCA consumer. My employer is responsible for hiring, firing, training and scheduling PCAs. My employer may select another person (a surrogate) to help manage his or her PCA services. I must notify my employer and the surrogate (if any), of any changes in my circumstances that would affect my ability to perform my duties as a PCA. I must complete and provide accurate Activity Forms (time sheets) to my employer or the FI as soon as I can. The FI will process payroll for my employer. My employer is responsible for giving the check to me (unless I requested that my check be deposited directly into my bank account). I must provide proof of my identity to my employer to complete the Employment Eligibility Verification form (Form I-9), which the Department of Homeland Security requires all employees to complete. (The FI will give my employer this form.)

I understand that the MassHealth PCA program pays for personal care services provided by a PCA only when the PCA provides physical assistance with activities of daily living (ADLs) or instrumental activities of daily living (IADLs) to an eligible PCA consumer who has obtained prior authorization from MassHealth for PCA services. PCA services must be provided in accordance with the PCA consumer's authorized PCA evaluation or reevaluation, service agreement, and MassHealth regulations at 130 CMR 422.410.

I understand that ADLs include physically assisting the PCA consumer with transferring, walking, using medical equipment, taking medications, bathing and grooming, dressing and undressing, passive range-of-motion exercises, eating, and toileting. I understand that IADLs include household services that are essential to the PCA consumer's care such as laundry, shopping, housekeeping, meal preparation and cleanup, transportation to medical appointments, activities such as maintenance of wheelchairs or other medical equipment, completing the paperwork required for receiving personal care services, and other activities approved by MassHealth as being instrumental to the health care needs of the PCA consumer.

I understand that my employer (the PCA consumer) will tell me which of these services require me to provide physical assistance.

I understand that I cannot be paid as a PCA if I am a spouse, parent (if the PCA consumer is a minor child), surrogate, foster parent, or legally responsible relative of the PCA consumer.

The following describes my relationship to my employer (the PCA consumer). (Please check one.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> adult child (18 yrs. or older) of member | <input type="checkbox"/> daughter-in-law of member | <input type="checkbox"/> son-in-law of member |
| <input type="checkbox"/> parent of adult (18 yrs. or older) member | <input type="checkbox"/> other relative (describe) | <input type="checkbox"/> nonrelative (describe) |

I certify under pains and penalties of perjury that the information on this signature form, and any accompanying statement that I have provided, has been reviewed and signed by me, and is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. I also certify that I understand my duties, rights, and responsibilities as a PCA and that all the information I have provided to my employer (the PCA consumer), to the fiscal intermediary, to the personal care management agency, or to MassHealth is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that I may be subject to civil penalties or criminal prosecution for any falsification, omission, or concealment of any material fact contained herein.

Print PCA Name _____ PCA Name _____ Date _____ Date _____

PCA signature _____ PCA Signature _____

Ayudante de atención individual

Formulario para la firma



Tempus Unlimited, Inc.

Nombre del intermediario fiscal (FI, por sus siglas en inglés):

- Todos los Ayudantes de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) contratados por un usuario de PCA deberán llenar y firmar este formulario y entregárselo a su empleador (el usuario de PCA).
- El empleador de PCA (el usuario de PCA) deberá enviarle este formulario al intermediario fiscal, junto con toda la documentación adicional que exijan el intermediario y MassHealth.
- El FI no podrá realizarle pagos a un PCA hasta que se haya recibido toda la documentación requerida y esta esté completa.
- MassHealth y el FI no podrán pagarle a un PCA por trabajar:
 - cuando el usuario de PCA esté internado en un hospital o centro de enfermería; o
 - cuando la cantidad de tiempo que MassHealth haya autorizado se haya agotado o no sea suficiente.
- El PCA deberá leer el resto de este formulario y firmar en el espacio siguiente antes de recibir pagos del FI.

Estoy de acuerdo en aceptar el puesto de ayudante de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) para Nombre de Consumidor (nombre del usuario de PCA).

Entiendo que mi empleador es el usuario de PCA. Mi empleador está a cargo de contratar, despedir, capacitar y elaborar los horarios de los PCA. Mi empleador puede escoger a otra persona (un sustituto) que le ayude a manejar los servicios de PCA. Debo notificarles a mi empleador y al sustituto (si lo hubiera) cualquier cambio en mi situación que afecte mi capacidad para desempeñar mis labores de PCA. Debo llenar y entregarle a mi empleador o al sustituto Formularios de actividad (planillas de control de horas) exactos tan pronto como pueda. El FI procesará los pagos que deba realizarme mi empleador. Mi empleador tendrá la responsabilidad de entregarme el cheque (a menos que yo haya solicitado que mi cheque se deposite directamente en mi cuenta bancaria). Tendré que proporcionarle a mi empleador prueba de mi identidad para llenar el Formulario de verificación de cumplimiento de los requisitos de empleo (Formulario I-9), que el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) requiere a todos los empleados. (El FI le entregará a mi empleador este formulario.)

Entiendo que el programa PCA de MassHealth solamente paga por los servicios de atención individual que presta un PCA cuando éste proporcione asistencia física para realizar actividades de la vida diaria (AVL, por sus siglas en inglés) o actividades instrumentales de la vida diaria (IADLs, por sus siglas en inglés) a un usuario de PCA elegible que haya obtenido autorización previa de MassHealth para recibir servicios de PCA. Los servicios de PCA deben prestarse de conformidad con la evaluación o reevaluación autorizada del usuario de PCA, con el contrato de servicios y las regulaciones de MassHealth en 130 CMR 422.410.

MUESTRA

Entiendo que las ADLs comprenden asistir físicamente al usuario con las actividades cotidianas comprende ayudarlo a trasladarse, a caminar, a utilizar aparatos médicos, a tomar medicamentos, a bañarse y arreglarse, a vestirse y desvestirse, a realizar ejercicios pasivos para mejorar la amplitud de movimientos, a comer y a ir al baño. Entiendo que las IADLs comprenden servicios domésticos esenciales para la atención del usuario, tales como lavar la ropa, hacer las compras, mantener la casa ordenada, preparar las comidas y recoger los platos, llevarlo a citas médicas, realizar el mantenimiento de sillas de ruedas u otros equipos médicos, llenar los documentos requeridos para recibir los servicios de atención individual y otras actividades que MassHealth haya aprobado por ser instrumentales para satisfacer las necesidades relativas al cuidado de la salud del usuario de PCA. Entiendo que mi empleador (el usuario de PCA) me informará en cuáles de estos servicios se requiere que yo le preste asistencia física.

Entiendo que no me podrán pagar como un PCA si soy el cónyuge, el padre/la madre (si el usuario de PCA es un hijo menor de edad), el sustituto, el padre/la madre de crianza o el pariente legalmente responsable del usuario de PCA.

La siguiente es mi relación con mi empleador (el usuario de PCA). (Por favor marque una opción.)

- Hijo adulto (de 18 años o más) del afiliado Nuera del afiliado Yerno del afiliado
 Padre/madre del afiliado adulto (18 años o más) Otro pariente (describa) No soy pariente (describa)

Certifico bajo los castigos y penas de perjurio que la información que contiene este formulario para la firma y toda declaración adjunta que yo haya suministrado, han sido revisadas y firmadas por mí y son verdaderas, exactas y completas a mi mejor entender. También certifico que entiendo mis deberes, derechos y responsabilidades como PCA y que toda la información que he proporcionado a mi empleador (el usuario de PCA), al intermediario fiscal, a la agencia de administración de atención individual o a MassHealth es verdadera y exacta a mi mejor entender. Entiendo que yo podría ser objeto de sanciones de carácter civil o de denuncia penal por cualquier falsificación, omisión u ocultación de cualquier hecho fundamental incluido en este documento.

Nombre del PCA en imprenta: Nombre del PCA en imprenta Firma del PCA y fecha: Fecha

Firma del PCA: Firma del PCA



DIRECT DEPOSIT APPLICATION

PCA's Name: _____ PCA Name _____ PCA's Phone Number: _____ PCA Phone Number _____

Consumer #: _____ Consumer # _____ Consumer's Name: _____ Consumer Name _____

Account Information

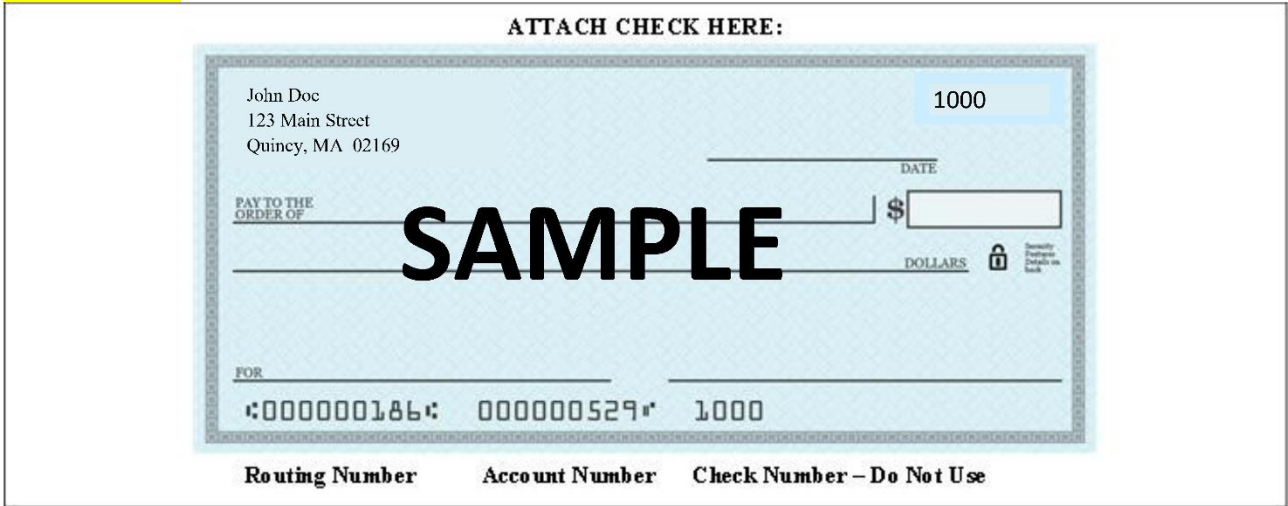
Name on Bank Account: _____
(PER MASSHEALTH - Direct Deposit Accounts must be in the name of the employee only, the account cannot be a joint account shared by the PCA and the Consumer or the Surrogate.)

Bank Name: _____ Your Bank Name _____

Bank Routing #: _____ Bank Routing # _____ Bank Account #: _____ Bank Account # _____

This is a [] Checking Account [] Savings Account

For a checking account please attach a voided check or a copy of a check (Starter checks must contain a preprinted PCA name and account number). For a savings account please attach a document from the bank indicating the PCA's name, the routing number and account number (cannot be handwritten). Do not attach a deposit slip. We will not process this application without a voided check, a copy of a check, or a document from your bank indicating the routing number and account number.



I hereby authorize Tempus Unlimited, Inc. (hereinafter "Company") to deposit any amounts owed to me by initiating credit entries to my account at the financial institution (hereinafter "Bank") indicated on this form. Further, I authorize the Bank to accept and to credit any credit entries indicated by the Company to my account. In the event that the Company deposits funds erroneously into my account, I authorize the Company to debit my account for an amount not to exceed the original amount of the erroneous credit. This authorization is to remain in full force and effect until the Company and the Bank have received written notice from me of its termination in such time and in such manner as to afford the Company and the Bank reasonable opportunity to act on it.

PCA's Signature: _____ PCA's Signature _____ Date: _____ Date _____



APLICACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO

Nombre de PCA: _____ Nombre de PCA _____ Número Telefónico de PCA: _____ Número Telefónico de PCA _____

Numero de Consumidor: _____ Con # _____ Nombre de Consumidor: _____ Nombre de Consumidor _____

Información de Cuenta

Nombre de persona en la cuenta de Banco: _____ Nombre de persona en la cuenta de Banco _____

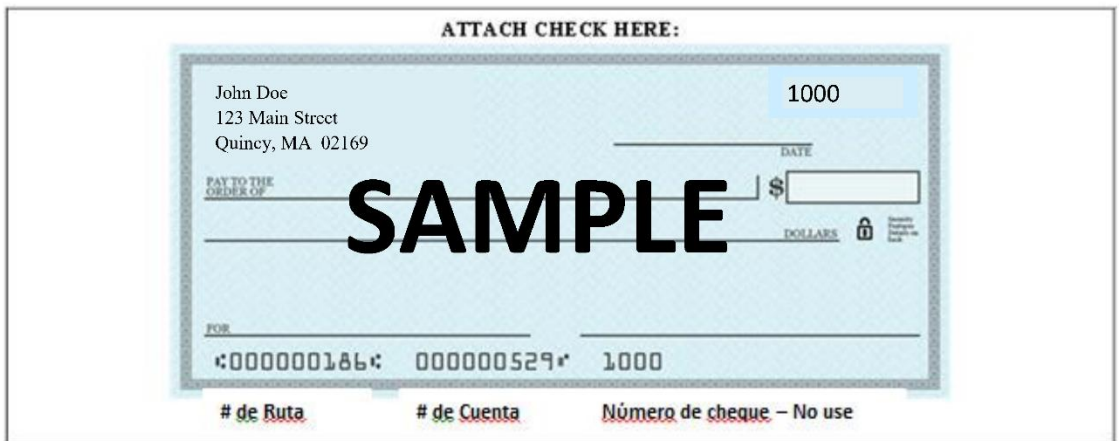
POR MassHealth - Cuentas de depósito directo deben de estar solamente a nombre de PCA, la cuenta no puede ser una cuenta conjunta compartida por el PCA y el consumidor o el delegado.

Nombre de Banco: _____ Nombre de Banco _____

de Ruta: _____ # de Ruta _____ # de Cuenta: _____ # de Cuenta _____

Estos es uña cuenta de chequera cuenta de ahorros

Para una cuenta corriente, por favor sujete un cheque nulo o una copia del cheque **(Cheques de inicio tienen que tener el nombre de PCA y el número de cuenta preimpreso)**. Para una cuenta de ahorros, por favor sujete un documento de su banco que indique el número de ruta y el número de cuenta **(no puede ser escrito a mano)**. Por favor de no sujetar una hoja de depósito. **(No procesaremos esta aplicación sin un cheque nulo, una copia del cheque o un documento de su banco indicando el número de ruta y el número de cuenta.)**



Por la presente autorizo Tempus Unlimited, Inc. (de aquí en adelante “compañía”) a depositar cualquier cantidad debida yo iniciando entradas de crédito a mi cuenta en la institución financiera. (Más adelante “banco”) indicado en esta forma. Además, autorizo el banco a aceptar y a acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la compañía a mi cuenta. En caso que la compañía deposite fondos erróneamente en mi cuenta, autorizo a la compañía al cargar cuenta por una cantidad que no exceda la cantidad original del crédito erróneo. Esta autorización es de permanecer a toda fuerza y efecto completo hasta que la compañía y el banco hayan recibido el aviso escrito de mí de su terminación en tal hora y de tal manera que le produzca a la compañía y al banco oportunidad razonable para actuar sobre ella.

Firma de PCA: _____ Firma de PCA _____ Fecha: _____ Fecha _____

U.S. Bank Focus Card

Enrollment Form



SAMPLE

SIGN UP TODAY!

First Name: PCA/WORKER FIRST NAME

Last Name: PCA/WORKER LAST NAME

Address: PCA/WORKER ADDRESS

City: PCA/WORKER CITY State: STATE ZIP Code: ZIP CODE

Phone Number¹: PCA/WORKER PHONE NUMBER

Social Security Number: PCA/WORKER SOCIAL SECURITY NUMBER

Date of Birth: PCA/WORKER DOB

Email Address (optional)²: PCA/WORKER EMAIL ADDRESS (OPTIONAL)

Important Information About Procedures For Opening A New Account

To help the government fight the funding of terrorism and money laundering activities, Federal law requires all financial institutions to obtain, verify, and record information that identifies each person who opens an account. What this means for you: when you open an account, we will ask for your name, address, date of birth, and other information that will allow us to identify you. We may also ask to see your driver's license or other identifying documents.

I hereby authorize Tempus Unlimited to initiate credit entries (deposits) and to initiate, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error to my Focus Card. This authorization will remain in effect until cancelled by me with written notification to Tempus Unlimited.

I acknowledge receipt of the Pre-Acquisition Disclosure and the Fee Schedule, as evidenced by my signature below.

Signature: PCA/WORKER SIGNATURE Date: DATE

Information below this line will be used by Tempus Unlimited only.

To assist Tempus Unlimited in processing your pay, please provide information about the individual to whom you provide Services (your "Client"):

Client Name: CONSUMER NAME Client Address Street: CONSUMER STREET ADDRESS

Client No.: CONSUMER # Apt/Suite: APT/SUITE

City: CITY STATE Zip: ZIP CODE

¹ By providing us with a telephone number for a cellular phone or other wireless device, including a number that you later convert to a cellular number, you are expressly consenting to receiving communications— including but not limited to pre-recorded or artificial voice message calls, text messages and calls made by an automatic telephone dialing system—from us and our affiliates and agents at that number. This express consent applies to each such telephone number that you provide to us now or in the future and permits such calls for non-marketing purposes. Calls and messages may incur access fees from your cellular provider. ² An email address is required for all requests. We use email to communicate information about your request. Confidential, personal or financial information will never be sent or requested in an email from U.S. Bank.

The Focus Card is issued by U.S. Bank National Association pursuant to a license from Visa U.S.A. Inc. ©2022 U.S. Bank. Member FDIC.



Tarjeta U.S. Bank Focus

Formulario de Inscripción

MUESTRA



Nombre:	PCA/WORKER NOMBRE				
Apellido:	PCA/WORKER APELLIDO				
Dirección:	PCA/WORKER DIRECCION FISICA				
Ciudad:	PCA/WORKER CIUDAD	Estado:	ESTADO	Código Postal:	CODIGO POSTAL
Número de Teléfono*:	PCA/WORKER NUMERO DE TELEFONO				
Número de Seguro Social:	PCA/WORKER NUMERO DE SEGURO SOCIAL				
Fecha de Nacimiento:	PCA/WORKER FECHER DE NACIMIENTO				
Dirección de Correo Electrónico (opcional)*:	PCA/WORKER DE CORRO ELECTRONIO (OPCIONAL)				

Información importante sobre procedimientos para abrir una nueva cuenta

Para ayudar al gobierno a luchar contra el financiamiento del terrorismo y contra actividades de lavado de dinero, la ley Federal exige que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifique a toda persona que abra una cuenta. Esta significa que cuando abra una cuenta, se le pedirá su nombre, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que nos permita identificarle. Es posible que también le pidamos mostrar su licencia de conducir u otros documentos de identificación.

Por la presente, autorizo a Tempus Unlimited a iniciar entradas de crédito (depósitos) y, si es necesario, a iniciar entradas de débito y ajustes por cada entrada de crédito en mi Tarjeta Focus. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que yo la cancele a través de una notificación por escrito a Tempus Unlimited.

Confirma haber recibido la Divulgación Previa a la Adquisición y la Lista de Cargos, para la cual mi firma a continuación sirve de evidencia.

Firma:	PCA/WORKER FIRMA	Fecha:	FECHA
--------	------------------	--------	-------

La información debajo de esta línea será para uso exclusivo de Tempus Unlimited.

Para ayudar a Tempus Unlimited a procesar su pago, provea información acerca del individuo a quien usted proporcionó Servicios (su "Cliente"):

Nombre del Cliente: NOMBRE DEL CONSUMIDOR	Dirección del Cliente	Calle:	DIRECCION DEL CONSUMIDOR		
Cliente número: NUMERO DEL CONSUMIDOR		Apto./Suite:	APTO/SUITE		
		Ciudad:	CIUDAD, ESTADO	Código postal:	CODIGO POSTAL

Los servicios pueden estar disponibles solamente en inglés.

* Al proporcionarnos un número de teléfono de un celular u otro dispositivo inalámbrico, incluido un número que más adelante cambie a un número de teléfono celular, usted nos da su consentimiento expreso para recibir comunicaciones a ese número tanto de nuestra parte como de nuestros afiliados y agentes, lo que incluye, por ejemplo, llamadas de mensajes de voz artificiales o pregrabados, mensajes de texto y llamadas realizadas mediante un sistema de marcación telefónica automática. Este consentimiento expreso se aplica a todo número de teléfono de este tipo que nos proporcione ahora o en el futuro y permite que estas llamadas sirvan para propósitos que no sean de marketing. Es posible que las llamadas y mensajes incurran en cargos de acoso por parte de su proveedor de teléfono celular. † Se requiere una dirección de correo electrónico para todas las solicitudes. Utilizamos correos electrónicos para comunicar información sobre su solicitud. Nunca se enviará ni solicitará información confidencial, personal o financiera a través de un correo electrónico de U.S. Bank.

La Tarjeta Focus es emitida por U.S. Bank National Association, de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. ©2022 U.S. Bank. Miembro FDIC.





ELECTRONIC TIMESHEET SYSTEM

The newest and best way to submit timesheets is now available to you:

- ✓ Fast – The quickest way to get a completed timesheet into the payroll process.
- ✓ Easy – The system is very user-friendly.
- ✓ Accurate – The best way to ensure the timesheet does not contain errors

Sign up today using the form on the following page!

To see how it works, check out the videos at:

<http://www.youtube.com/channel/UCqU7lfXkUh4DoTQD2Fdja2Q>

SISTEMA ELECTRÓNICO DE NÓMINAS

La nueva y mejor manera de presentar nóminas es disponible ahora para usted:

- ✓ Rápido – La manera más rápida de hacer llegar una nómina completada al proceso de plantilla.
- ✓ Fácil – El Sistema es muy fácil de manejar.
- ✓ Preciso – La mejor manera de asegurarse que la nómina no contenga errores.

¡Apúntese hoy utilizando el formulario en el dorso! Favor de ver la sección de formularios en nuestra página de web www.tempusunlimited.org para la versión en español del acuerdo.

Para ver como funciona, favor de ver los videos en:

<http://www.youtube.com/channel/UCqU7lfXkUh4DoTQD2Fdja2Q>

Electronic Timesheets Agreement

I. About The Electronic Timesheets Module

- a. The Electronic Timesheets Module is a web-based interface through which Consumers, Surrogates, Personal Care Attendants (PCAs)/Workers, and Fiscal Intermediary staff can respectively view relevant timesheet information.
- b. Consumers, Surrogates and PCAs/Workers will be able to use the system to both submit and approve timesheets electronically for payment by the Fiscal Intermediary.
- c. A Consumer is not required to have a Surrogate in order to use the system. However, in cases where a Consumer does have a Surrogate and the Consumer approves the Surrogate to have access to the Electronic Timesheets Submission Interface, both the Consumer and his/her Surrogate will have identical abilities to enter and approve timesheets for payment.

II. Terms and Conditions

By signing below, you are agreeing to the following Terms and Conditions:

- a. The Consumer and/or Surrogate (if applicable) and the PCA/Worker each have a valid, separate e-mail address to which they have frequent access.

Consumer, Surrogate, PCA or Worker cannot use the same e-mail address.

- b. The Consumer and/or Surrogate (if applicable) and the PCA/Worker each agree to maintain a valid separate e-mail address during the term of this agreement and to notify Tempus U of submitting timesheets.
- c. The Consumer, his/her Surrogate (if applicable) and the PCA/Worker agree to use the following method of submitting timesheets:
 - i. Signing this Agreement id such as faxing or mailing.
- d. A timesheet may only be submitted to Tempus U via the method of submitting time, indicated in this Agreement.
- e. An individual Electronic Timesheets Agreement is required for each Consumer and PCA/Worker relationship that chooses to use the Electronic Timesheets Submission Interface.
 - i. This is true even if the Consumer or PCA/Worker is already using the Electronic Timesheets Submission Interface in another Consumer and PCA/Worker relationship.



III. Termination of the Agreement

- a. The Consumer, his/her Surrogate (if applicable) or the PCA/Worker may terminate this agreement at any time by submitting such request in writing to Tempus Unlimited, Inc.

Consumer Printed Name: M A R Y S M I T H	Consumer #:	Date:
Consumer E-mail: M A R Y S M I T H @ Y A H O O . C O M		DATE
Consumer Signature: _____		
CONSUMER SIGNATURE		
Surrogate Printed Name: J O H N S M I T H		Date:
Surrogate E-mail: J O H N S M I T H @ G M A I L . C O M		DATE
Surrogate Signature: _____		
SURROGATE SIGNATURE		
PCA/Worker Printed Name: J A N E D O E	Last 4 digits of SS#: 0 0 0 0	
PCA/Worker E-mail: J A N E D O E @ Y A H O O . C O M		Date:
PCA/Worker Signature: _____		
PCA/WORKER SIGNATURE		
Date: _____		

Módulo de Nóminas Electrónicas

I. Sobre el Módulo de Nóminas Electrónicas

- El Módulo de Nóminas Electrónicas es un interfaz basado en web a través del cual los Consumidores, Delegados, Asistentes de Cuidado Personal (PCA)/Trabajadores y el personal del Intermediario Fiscal pueden ver respectivamente información de las nóminas.
- Consumidores, Delegados y PCA/Trabajadores podrán utilizar el sistema tanto para presentar como para aprobar nóminas electrónicamente para el pago por el Intermediario Fiscal.
- No le es requerido al Consumidor tener un Delegado para poder utilizar el sistema. Pero en casos cuando el consumidor si tiene un Delegado y el consumidor aprueba al Delegado para que tenga acceso al Interfaz de Presentación de Nóminas Electrónicas, tanto el Consumidor como su Delegado tendrán capacidades idénticas de entrar y aprobar nóminas para el pago.

II. Términos y Condiciones

Al firmar más adelante, usted está de acuerdo con los términos y condiciones:

- El Consumidor y/o el Delegado (si corresponde) y el PCA/Trabajador acuerdan en **cada uno mantener una dirección de correo electrónico válida y separada** al cual tienen acceso frecuente. **El consumidor, susfitúo, PCA o trabajador no pueden usar la misma dirección de correo electrónico.**
- Tanto el Consumidor y/o el Delegado como el PCA/Trabajador **acuerdan en mantener una dirección de correo electrónico válida y separada** durante el periodo de este acuerdo y de notificación por correo electrónico.
- El Consumidor y su Delegado (si corresponde) acuerdan utilizar el método de presentar nóminas.
 - Firma de este acuerdo no presentará nóminas, tales como Nóminas Electrónicas como métodos de pago.
- Una nómina solo puede ser presentada electrónicamente si el Consumidor y/o el Delegado (si corresponde) y el PCA/Trabajador han ejecutado este acuerdo.
- Un Acuerdo Individual de Nóminas Electrónicas es requerido para cada relación de Consumidor y PCA/Trabajador que decida utilizar el Interfaz de Presentación de Nóminas Electrónicas.
 - Esto es cierto incluso si el Consumidor o el PCA/Trabajador ya está utilizando el Interfaz de Presentación de Nóminas Electrónicas en otra relación de Consumidor y PCA/Trabajador.

III. Terminación del Acuerdo

- El Consumidor, su Delegado (si corresponde) o el PCA/Trabajador puede terminar este acuerdo en cualquier momento presentando tal pedido por escrito a Tempus Unlimited, Inc.

Nombre Impreso del Consumidor: M A R Y S M I T H @ Y A H O O . C O M	Número de Consumidor #: 0 0 0 0 0
E-mail del Consumidor: M A R Y S M I T H @ Y A H O O . C O M	Fecha: _____
Firma del Consumidor: _____	FECHA _____
Nombre Impreso del Delegado: J O H N S M I T H	
E-mail del Delegado: J O H N S M I T H @ G M A I L . C O M	
Firma del Delegado: _____	FECHA _____
Nombre Impreso del PCA/Trabajador: J A N E D D E	Últimos 4 dígitos del número de SS: 0 0 0 0
E-mail del PCA/Trabajador: J A N E D D E @ Y A H O O . C O M	
Firma del PCA/Trabajador: _____	FECHA _____

APPLICATION FOR MEMBERSHIP



STRENGTHENING OUR VOICE

SECTION 1. MEMBERSHIP AGREEMENT Membership in 1199SEIU is without regard to race, color, sex, sexual orientation, age, disability, religion, national origin, political belief or affiliation. **YES**, I want to join healthcare workers across the state for a stronger voice for quality healthcare, living wages, and good benefits. I accept membership in 1199SEIU United Healthcare Workers East and designate 1199 to act for me as collective bargaining agent in all matters pertaining to conditions of employment. I pledge to abide by the Constitution of 1199SEIU United Healthcare Workers East.

SIGNATURE

X

DATE

SECTION 2. CHECK OFF AUTHORIZATION* I recognize the need for a strong Union and believe everyone represented by our Union should pay their fair share to support our Union's activities. You are authorized and directed to deduct my monthly membership dues from my wages or salary as required by 1199SEIU United Healthcare Workers East as a condition of my membership; and to remit all such deductions to 1199SEIU United Healthcare Workers East, 498 Seventh Avenue, New York, NY 10018, no later than the tenth day of each month immediately following the date of deduction, or pursuant to the date provided in the Collective Bargaining Agreement. This deduction is a voluntary act on my part. This dues deduction authorization shall remain in effect unless I revoke it by providing notice to 1199SEIU via U.S. mail (or other method if permitted by 1199SEIU's policies) at 498 Seventh Ave NY, NY 10018 within 15 days before or after (1) the annual anniversary date of this agreement or (2) the termination of the applicable collective bargaining agreement between my employer and union ("my window periods"). This authorization will renew automatically from year to year even if I have resigned my membership, unless I revoke during one of my window periods and as required by 1199SEIU policies.

**I acknowledge that contributions, gifts, and dues payments to 1199SEIU United Healthcare Workers East are not tax deductible as charitable contributions. However, they may be tax deductible as ordinary and necessary business expenses.*

SIGNATURE

X

DATE

PRINT CONTACT INFO HERE

NAME (PRINT)

PCA#

ADDRESS

CITY

STATE

ZIP

HOME PHONE

CELL PHONE

EMAIL

LAST 4 DIGITS SSN

DATE OF BIRTH

By providing my phone number, I understand the Service Employees International Union, its local unions, and affiliates may use automated calling technologies and/or text message me on my cellular phone on a periodic basis. SEIU will never charge for text message alerts. Carrier message and data rates may apply to such alerts. Text STOP to 30644 to stop receiving messages. Text HELP to 30644 for more information.

I want to get involved in 1199SEIU! Please have an organizer follow up with me.

BUILDING OUR POWER

SECTION 3. 1199SEIU MASSACHUSETTS POLITICAL ACTION FUND The 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund builds strength for healthcare and homecare workers. By uniting our voices and growing our political power, healthcare and homecare workers can be stronger advocates for our jobs and the people in our care. Elected officials make decisions that directly impact funding for our jobs and the services we provide. Together, we can elect leaders who respect healthcare and homecare workers and who honor the work that we do.

I hereby authorize 1199SEIU United Healthcare Workers East to file this payroll deduction form on my behalf with my employer to withhold \$10 per month, \$15 per month or \$____ per month and forward that amount to the 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund, 498 Seventh Ave NY, NY 10018.

This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that: (1) I am not required to sign this form or make voluntary contributions to the 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund as a condition of my employment or membership in the union; (2) I may refuse to contribute without reprisal; (3) the contribution amounts on this form are merely suggestions, and I may contribute more or less by this or other means without fear or disadvantage from 1199SEIU or my employer; (4) The 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund uses the money it receives for political purposes, including but not limited to, making contributions to and expenditures on behalf of candidates for federal, state, and local offices and addressing the political issues of public importance; (5) My contribution is subject to the limits and prohibitions of the Federal Election Campaign Act and Massachusetts Campaign and Political Finance law.

Contributions to the 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund are not deductible as charitable contributions for federal income tax purposes. Federal law requires to use our best efforts to collect and report the name, mailing address, occupation, and name of employer of individuals whose contributions exceed \$200 in a calendar year and Massachusetts state law requires the same information on contributions that total \$50 in a calendar year. This authorization shall remain in full force and effect until revoked by me in writing to the 1199SEIU Massachusetts Political Action Department at 108 Myrtle Street, Suite 400, Quincy Massachusetts, 02171.

SIGNATURE

X

DATE

FOR INTERNAL USE ONLY



CARD COLLECTED BY: _____

LAST FOUR DIGITS OF COLLECTOR'S SSN# _____

CARD COLLECTED AT: TRAINING/ORIENTATION PPE CANVASS FI CONSUMER TAUGHT OTHER

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

1199SEIU
United Healthcare Workers East

FORTALECER NUESTRA VOZ

SECCIÓN 1. ACUERDO DE AFILIACIÓN La afiliación en 1199SEIU se realiza sin consideración de raza, color, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión, origen nacional, afiliación o creencia política. **Sí**, quiero unirme a los trabajadores de la salud en todo el estado para tener una voz más fuerte a favor de la atención de la salud de calidad, salarios dignos y buenos beneficios. Acepto la afiliación en 1199SEIU United Healthcare Workers East y designo a 1199 para que actúe en mi nombre como agente de negociación colectiva en todos los asuntos relacionados con las condiciones de empleo. Me comprometo a acatar la Constitución de 1199SEIU United Healthcare Workers East.

FIRMA 

FECHA

SECCIÓN 2. AUTORIZACIÓN PARA LAS CUOTAS* Reconozco la necesidad de tener una Unión fuerte y creo que todas las personas representadas por nuestra Unión deben pagar su parte justa para apoyar las actividades de nuestra Unión. Están autorizados para descontar mis cuotas mensuales de afiliación de mi sueldo o salario según lo requerido por 1199SEIU United Healthcare Workers East como condición de mi afiliación; y para remitir todas esas deducciones a 1199SEIU United Healthcare Workers East, 498 Seventh Ave NY, NY 10018, a más tardar el décimo día de cada mes inmediatamente siguiente a la fecha de la deducción, o conforme a la fecha establecida en el Acuerdo de Negociación Colectiva. Esta deducción es un acto voluntario de mi parte. Esta autorización de deducción de cuotas permanecerá en vigor a menos que la revoque notificando a 1199SEIU por correo de los EE. UU. (U otro método si lo permiten las políticas de 1199SEIU) en 498 Seventh Ave NY, NY 10018 dentro de los 15 días antes o después (1) del aniversario anual fecha de este acuerdo o (2) la terminación del acuerdo de negociación colectiva aplicable entre mi empleador y el sindicato ("mis períodos de ventana"). Esta autorización se renovará automáticamente de un año a otro, incluso si he renunciado a mi membresía, a menos que la revoque durante uno de mis períodos de ventana y según lo requieran las políticas de 1199SEIU.

**Reconozco que las contribuciones, donaciones, y pagos de cuotas a 1199SEIU United Healthcare Workers East no son deducibles de impuestos como contribuciones caritativas. Sin embargo, pueden ser deducibles de impuestos como gastos de negocios ordinarios y necesarios.*

FIRMA 

FECHA

ESCRIBIR INFORMACIÓN DE CONTACTO AQUÍ

NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)

PCA#

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA

CELULAR+

CORREO ELECTRÓNICO

LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

+Al proporcionar mi número de teléfono, entiendo que el Service Employees International Union, sus sindicatos locales y afiliados pueden usar tecnologías de llamadas automatizadas y / o mensajes de texto en mi teléfono celular de forma periódica. SEIU nunca cobrará por alertas de mensajes de texto. Las tarifas de mensajes y datos del operador pueden aplicarse a tales alertas. Envíe texto a STOP al 30644 para dejar de recibir mensajes. Envía HELP al 30644 para más información.

¡Quiero participar en 1199SEIU! Deseo que un organizador realice el seguimiento conmigo.

CONSTRUIR NUESTRO PODER

SECCIÓN 3. FONDO DE ACCIÓN POLÍTICA DE MASSACHUSETTS DE 1199SEIU El Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU construye fortaleza para los trabajadores de la atención de la salud y de la asistencia domiciliaria. Al unir nuestras voces y hacer crecer nuestro poder político, los trabajadores de la atención de la salud y de la asistencia domiciliaria podemos ser defensores más fuertes de nuestros trabajos y de las personas a nuestro cuidado. Los funcionarios electos toman decisiones que afectan, de manera directa, la financiación de nuestros trabajos y los servicios que proporcionamos. Juntos, podemos elegir líderes que respeten a los trabajadores de la atención de la salud y la asistencia domiciliaria y que honren el trabajo que hacemos.

Por medio del presente autorizo a 1199SEIU United Healthcare Workers East para presentar este formulario de deducción de nómina en mi nombre ante mi empleador para retener **\$10 por mes**, **\$15 por mes** o **\$ por mes** y transmitirle ese monto al Fondo de Acción Política de 1199SEIU Massachusetts, 498 Seventh Ave., NY, NY 10018.

Esta autorización se hace de manera voluntaria con base en mi comprensión específica de que: (1) No estoy obligado a firmar este formulario o hacer contribuciones voluntarias al Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU como condición de mi empleo o afiliación en la Unión; (2) puedo negarme a contribuir sin represalias; (3) los montos de las contribuciones en este formulario son simplemente sugerencias, y puedo contribuir más o menos por este u otro medio sin temor o desventaja con 1199SEIU o mi empleador; (4) el Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU utiliza el dinero que recibe para fines políticos, incluidos, pero no limitado a las contribuciones y gastos en nombre de los candidatos a cargos federales, estatales y locales, y para abordar las cuestiones políticas de importancia pública; (5) mi contribución está sujeta a los límites y prohibiciones de la Ley Federal de Campañas Electorales y la Ley de Financiación Política y de Campañas de Massachusetts.

Las contribuciones al Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU no son deducibles como contribuciones benéficas para fines del impuesto sobre la renta federal. La ley federal nos exige utilizar nuestros mejores esfuerzos para recopilar y reportar el nombre, dirección postal, ocupación y nombre del empleador de los individuos cuyas contribuciones se exceden de \$200 en un año calendario y la ley estatal de Massachusetts exige la misma información sobre las contribuciones que totalicen \$50 en un año calendario. Esta autorización se mantendrá en pleno vigor y efecto hasta que sea revocada por mí, por escrito, ante el Departamento de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU en 108 Myrtle Street, Suite 400, Quincy Massachusetts, 02171.

FIRMA 

FECHA

FOR INTERNAL USE ONLY

1199SEIU

CARD COLLECTED BY:

LAST FOUR DIGITS OF COLLECTOR'S SSN#

CARD COLLECTED AT: TRAINING/ORIENTATION PPE CANVASS FI CONSUMER TAUGHT OTHER