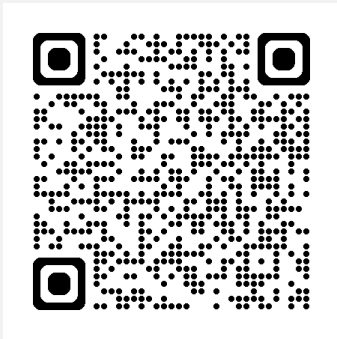


Complete su Documentación de Nuevo Empleado (NHP) en Línea



Escanee para comenzar



O



Visite: paperwork.tempusunlimited.org

4 pasos sencillos

①



Acceder a PaperWorkr

Utilice el código QR o el sitio web para acceder a PaperWorkr.

②



Crear una Cuenta

Cree una nueva cuenta o inicie sesión en su cuenta actual.

③



Completar sus Formularios

Complete todos los formularios asignados y proporcione la información y los documentos requeridos.

④



Entregar

Entregue su documentación.

Haga clic en "User Guide" (Guía del usuario) en la página principal para obtener instrucciones paso a paso.



¿Necesita Ayuda?

¡Estamos aquí para ayudarle!



Llámenos al (877) 479-7577



Escríbanos a MAPCAOnboarding@tempusunlimited.org



Chatee con nosotros en nuestro sitio web



Visite una de las oficinas de Tempus para recibir asistencia en persona



Los paquetes impresos de la Documentación de Nuevo Empleado están disponibles previa solicitud; solo debe ponerse en contacto con nosotros.

Lista de Verificación de la Documentación de Nuevo Empleado (PCA)

Instrucciones

- Utilice esta lista de verificación para asegurarse de que la documentación de su PCA sea rellena por completo y de forma correcta.
- Utilice el paquete de muestra adjunto como guía para completar la documentación de nuevo empleado.
- Si va a completar los formularios de forma manual, agregue su número de consumidor/participante de las exenciones en el lado derecho de todos ellos.
- Su PCA **no puede trabajar** antes de que Tempus FI lo autorice.

Formulario	Información Requerida	Consejos para el Éxito
☐ Formulario I-9 <i>Página 1 de 4</i>	Verificación de Elegibilidad para el Empleo Sección 1: Información y Certificación del PCA/DCW - Nombre legal del PCA/DCW - Dirección/Fecha de nacimiento - Número de seguro social - Dirección de correo electrónico - Número de teléfono - Estatus de ciudadanía/migratorio - Firma del PCA/DCW - Fecha Sección 2: Revisión y Verificación del Empleador Usted debe: - Examinar físicamente los documentos aceptables que acrediten su identidad y autorización de empleo y obtener copias de ellos. <i>*En la página 2 del Formulario I-9 se enumeran los documentos aceptables.</i> - Ingresar la información de los documentos de autorización de empleo proporcionados por el PCA/DCW una vez recibidos/revisados. - Ingresar la fecha de inicio del empleo. - Firmar el formulario.	Sección 1: Información y Certificación del PCA/DCW - Rellene completamente la Sección 1. - Seleccione el estatus de ciudadanía/migratorio correcto. - El PCA/DCW debe firmar esta sección. *Se DEBEN presentar copias del documento de identificación con foto y de los documentos de autorización de empleo junto con la documentación de nuevo empleado. Sección 2: Revisión y Verificación del Empleador - Debe examinar físicamente la documentación proporcionada por el PCA/DCW. - No puede indicarle al PCA/DCW qué documentos de autorización de empleo (EAD) proporcionar. - El documento de identificación con foto y los EAD deben estar vigentes y ser válidos. - Debe asegurarse de que las copias de todos los documentos sean claras y legibles antes de enviarlas al Intermediario Fiscal (Tempus Unlimited, Inc.). - Obtener las firmas.
☐ Formulario I-9 <i>Página 2 de 4</i>	Documentos Aceptables *Debe presentar estos documentos. La página 2 proporciona una lista de los documentos aceptables para establecer la identidad y la autorización de empleo de los PCA/DCW.	*Solo se necesita un documento si se selecciona un documento aceptable de la Lista A. Si se selecciona un documento de la Lista B o de la Lista C, se requerirá un documento de AMBAS listas.

Lista de Verificación de la Documentación de Nuevo Empleado (PCA)



☐	Formulario I-9 <i>Página 3 de 4</i>	Suplemento A: Certificación del Preparador y/o Traductor para la Sección 1 *SOLO es necesario si se utiliza un preparador o traductor.	Si utiliza un preparador y un traductor, estos deberán completar <u>Y</u> firmar este formulario.
☐	Formulario I-9 <i>Página 4 de 4</i>	Suplemento B: Nueva Verificación y Contratación (anteriormente Sección 3) *SOLO se requiere si su PCA/DCW debe volver a completar el proceso de verificación, es contratado de nuevo dentro de los tres años posteriores a la fecha en que se completó el Formulario I-9 original o proporciona prueba de un cambio de nombre legal.	• Complete y firme este formulario. • No puede indicarle al PCA/DCW qué documentos de autorización de empleo (EAD) proporcionar. • Revise físicamente el documento aceptable, haga copias de él y envíelas a Tempus Unlimited, Inc.

Lista de Verificación de la Documentación de Nuevo Empleado (PCA)

Formulario	Información Requerida	Consejos para el Éxito
☐ W-4	Certificado de Retención del Empleado - Nombre legal del PCA/DCW - Dirección - Número de seguro social - Firma del PCA/DCW y fecha	Firme y feche el formulario.
☐ Formulario de Depósito Directo	*Opcional si se completa el formulario de inscripción de tarjeta de débito. - Nombre completo del PCA/DCW tal como figura en la cuenta bancaria - Número de ruta y de cuenta - Nombre y número de ID del consumidor/participante de las exenciones - Número de teléfono del PCA/DCW	- El PCA/DCW debe firmar y fechar el formulario. - Se debe proporcionar un cheque anulado o un formulario o carta de verificación de cuenta bancaria. - Las cuentas no se pueden compartir con el consumidor/participante de las exenciones ni con su suplente. - El PCA/DCW debe ser titular de la cuenta; no se pueden utilizar cuentas de terceros. - El nombre del PCA/DCW registrado en la cuenta debe coincidir con los nombres indicados en el W4 y el Formulario I-9.
☐ Formulario de Inscripción de Tarjeta de Débito*	*Obligatorio si no se proporciona información del depósito directo. - Nombre completo y dirección del PCA/DCW - Apartado de correos (PO box) del PCA/DCW (si corresponde) - Número de teléfono del PCA/DCW - Número de seguro social del PCA/DCW - Dirección de correo electrónico del PCA/DCW - Nombre, número de ID y dirección física del consumidor/participante de las exenciones	- El PCA/DCW debe firmar y fechar el formulario. - El PCA/DCW debe proporcionar una dirección física además del apartado postal (PO box).
Opcional		
Debe proporcionar este formulario a su empleado, pero este puede elegir si desea completarlo.		
☐ M4	- Nombre legal del PCA/DCW - Dirección - Número de seguro social - Firma del PCA/DCW	El PCA/DCW debe firmar y fechar el formulario si decide completarlo.

Formulario de Información del PCA/DCW Proveedor

Tempus Unlimited Fiscal Intermediary

Este formulario debe ser completado por el PCA/DCW y debe entregarse junto con la documentación del nuevo empleado. Los campos obligatorios están marcados con (*)

Nombre del PCA/DCW*	Segundo Nombre del PCA/DCW <i>Si corresponde</i>	Apellido del PCA/DCW*	
Fecha de Nacimiento del PCA/DCW*	ID Único del PCA/DCW <i>Se aplica a los PCA/DCW que ya tienen un ID único de PCA/DCW</i>	Número de Seguro Social del PCA/DCW*	
Nombre del Consumidor/Participante de las Exenciones*	Apellido del Consumidor/Participante de las Exenciones*	Número del Consumidor/Participante de las Exenciones*	
Dirección de Domicilio del PCA/DCW* <i>(No se aceptan apartados postales)</i>			
Dirección de Calle*			
Edificio/Unidad/Apto.			
Ciudad*	Estado*	Código Postal*	
¿La dirección postal del PCA/DCW coincide con la dirección de domicilio del PCA/DCW?*		☐ Sí	☐ No
Dirección Postal del PCA/DCW* <i>(No se aceptan apartados postales)</i>			
Dirección de Calle*			
Edificio/Unidad/Apto.			
Ciudad*	Estado*	Código Postal*	
Dirección de Correo Electrónico del PCA/DCW*			
Teléfono Principal del PCA/DCW* <i>Se requiere al menos un número de teléfono. Utilice las casillas de verificación para indicar su teléfono principal.</i>	Teléfono Celular del PCA/DCW	Teléfono Fijo del PCA/DCW	
☐ Teléfono Celular ☐ Teléfono Fijo			
Idioma Preferido del PCA/DCW*			

Programa de Asistente de Cuidados Personales (PCA)

Acuerdo del Proveedor de Servicios de PCA

Instrucciones e información importante

1. Antes de poder empezar a proveer servicios de PCA, todos los Asistentes de Cuidados Personales (PCA) del Programa de PCA de MassHealth deben leer y firmar este formulario y enviárselo a su Consumidor empleador.
2. El empleador de PCA (el Consumidor empleador) debe entregar este formulario al intermediario fiscal (FI), junto con todos los demás documentos que requieran el FI y MassHealth.
3. Antes de poder recibir el pago por proveer sus servicios como parte del Programa de PCA, los Proveedores de servicios de PCA deben completar todos los documentos de contratación de nuevos empleados y obtener un Número Único de Identificación (ID).
4. Los Proveedores de servicios de PCA deben ser elegibles para trabajar en Estados Unidos como PCA y ni MassHealth ni el FI les pagarán si no están autorizados para trabajar en Estados Unidos.
5. MassHealth no cubre los servicios de PCA si:
 - El Consumidor empleador está en un centro hospitalario, tal como un hospital o un centro de enfermería;
 - El Consumidor empleador está inscrito en un programa de cuidado temporal para adultos o de cuidado grupal temporal para adultos;
 - El Consumidor empleador no tiene una autorización previa (PA) de servicios de PCA;
 - El PCA está prestando un servicio no cubierto, conforme se estipula en 130 CMR 422.412;
 - El PCA está prestando otros servicios que MassHealth cubre;
 - Ya se agotó la cantidad de horas que MassHealth había autorizado; o
 - El PCA trabaja más del límite máximo de horas semanales según lo estipulado en 130 CMR 422.413(K).

El PCA debe leer, firmar y enviar este acuerdo antes de trabajar y de recibir su sueldo como participante del Programa de PCA.

Al firmar a continuación, entiendo que:

1. Como Proveedor de servicios de PCA de MassHealth, debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para proveedores de servicios de PCA estipulados en 130 CMR 422.404(A)(1) y con lo estipulado en 130 CMR 422.404(B)(1) y 422.419(C) sobre la gama de servicios provistos por los proveedores de servicios de PCA.
2. **Mi empleador(a) es el Consumidor empleador. Mi empleador(a) NO son MassHealth, ni la Agencia de Supervisión de Cuidados Personales (PCM) ni el Intermediario Fiscal (FI).**
3. Mi Consumidor empleador es responsable de contratar, despedir, capacitar y programar a los Proveedores de servicios de PCA. Mi empleador puede elegir a otra persona (un representante o apoderado administrativo) para que lo ayude a administrar sus servicios de cuidados personales. Debo notificarles a mi empleador y al representante o apoderado administrativo (si los hubiera), cualquier cambio en mi situación que pueda afectar mi capacidad de realizar mis labores como Proveedor de servicios de PCA.
4. Un Consumidor empleador no puede contratar, MassHealth no puede autorizar y el FI no puede pagarle a un PCA que se encuentre en la Lista de Personas y Entidades Excluidas (LEIE) que

mantiene la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. o en la Lista de Proveedores Suspendidos o Excluidos de MassHealth.

5. Mis documentos de contratación de nuevos empleados deben estar completos y procesados antes de que se me otorgue un Número de Identificación de PCA (PCA ID) y antes de poder recibir un sueldo como participante del Programa de PCA.
6. Debo ser elegible para trabajar en Estados Unidos, debo completar el Formulario I-9 de Verificación de Elegibilidad de Empleo y proporcionarle a mi Consumidor empleador copias de una forma de identificación válida con fotografía y documentos de autorización para el empleo. Los documentos mencionados deben probar que estoy autorizado(a) para trabajar en Estados Unidos, tal como lo exige el Departamento de Seguridad Nacional (DHS). Entiendo que el Intermediario Fiscal (FI) confirmará mi elegibilidad para el empleo utilizando E-Verify en nombre de mi Consumidor empleador. Entiendo que no me pagarán si no estoy autorizado(a) para trabajar en Estados Unidos.
7. Debo tener por lo menos dieciséis (16) años de edad.
8. MassHealth y el FI no pueden pagarme si me encuentro en la Lista de Personas y Entidades Excluidas (LEIE) que mantiene la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o en la Lista de Proveedores Suspendidos o Excluidos de MassHealth.
9. Mi Consumidor empleador tiene derecho a solicitar una verificación de antecedentes de CORI o SORI como condición para emplearme y tomará la decisión de contratarme o no de acuerdo con la información que obtenga.
10. Mi Consumidor empleador determina la cantidad de horas que se me programan para trabajar cada semana. Entiendo que la cantidad de horas de trabajo que se me programen pueden ser menos que el total de horas previstas en la autorización previa (PA) de mi Consumidor empleador.
11. Mis salarios se establecen mediante un contrato colectivo de trabajo (CBA) entre el Consejo para la Calidad de la Fuerza Laboral de Asistencia en el Hogar de PCA (el Consejo), que representa a los Consumidores de PCA, y el SEIU Local 1199 (el Sindicato), que representa a los PCA.
12. No seré elegible para recibir ningún pago diferencial, incluidos la tarifa por antigüedad o los diferenciales por cubrir necesidades de atención compleja, hasta que haya completado la *Orientación para el Nuevo PCA* (NHO) o que me hayan eximido del requisito de la NHO.
13. Debo cumplir con el reglamento de MassHealth y los requisitos federales respecto de la presentación de los Formularios de Actividades (también llamados “planillas de horas trabajadas”), incluida la utilización del sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV), conforme lo exigen la ley federal y MassHealth.
14. El FI procesará la nómina por mi Consumidor empleador. Entiendo que debo inscribirme en Depósito Directo o que tengo la opción de inscribirme en una tarjeta de débito de nómina, a menos que haya solicitado y recibido una exención de este requisito. Si me van a pagar con cheques impresos, acepto que el FI emita los cheques a mi nombre y se los envíe a mi Consumidor empleador.
15. Es mi obligación notificarle inmediatamente al FI y a mi Consumidor empleador si llegara a cambiar cualquiera de mis datos de contacto, tales como mi nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono u otra información. Debo proporcionar inmediatamente mis datos de contacto actualizados a mi Consumidor empleador y al FI cada vez que cambie dicha información.
16. El Programa de PCA de MassHealth paga los servicios de cuidados personales que presta un PCA solamente cuando el Proveedor de servicios de PCA brinda asistencia física con las actividades de la vida diaria (ADL) o las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) a un Consumidor empleador que sea elegible para recibir servicios de PCA y que haya obtenido una autorización previa (PA) de MassHealth para recibir servicios de PCA. Los servicios de PCA deben prestarse de

conformidad con lo estipulado en 130 CMR 422.410 del reglamento de MassHealth, con la autorización previa del consumidor empleador de servicios de PCA, así como también con la evaluación o reevaluación del PCA autorizada y con el acuerdo de servicios.

17. Mi Consumidor empleador me informará cuáles de las tareas detalladas en la autorización previa requieren mi asistencia física.
18. Entiendo que las ADL pueden incluir que se le preste asistencia física al Consumidor empleador de servicios de PCA para trasladarse, caminar, usar equipo médico, tomar medicamentos, bañarse y su higiene personal, vestirse y desvestirse, hacer ejercicios de rango de movimiento pasivo, comer e ir al baño. Entiendo que las IADL pueden incluir servicios en el hogar que son esenciales para cubrir las necesidades de atención del consumidor de servicios de PCA, tales como lavar la ropa, hacer compras, quehaceres domésticos, preparar la comida y limpieza, transporte a citas médicas, actividades como el mantenimiento de sillas de ruedas u otro equipo médico, completar la documentación requerida para recibir servicios de PCA y otras actividades aprobadas por MassHealth como esenciales para cubrir las necesidades de atención de la salud del consumidor de servicios de PCA.
19. Entiendo que debo cumplir con los límites de horas semanales del Programa de PCA, el cual limita la cantidad de horas que puedo trabajar por semana según el límite máximo de horas semanales estipulado en 130 CMR 422.413(K) sumando el total de todos los Consumidores empleadores para los que trabajo.
20. Entiendo que, si trabajo horas extras, debo cumplir con los requisitos del Programa de PCA sobre las horas extras y no puedo trabajar más de 50 horas en total por semana entre todos mis Consumidores empleadores sin tener una autorización de horas extras, y que por ninguna razón puedo trabajar más del límite máximo de horas semanales estipulado sumando el total de todos mis empleadores. Debo informarles a mis Consumidores empleadores cuando trabaje horas adicionales para otro Consumidor empleador, y todos mis Consumidores empleadores deben obtener una autorización para que un PCA trabaje más de 50 horas (pero sin exceder el límite máximo de horas semanales).
21. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones, tales como la suspensión o la terminación de la relación laboral como Proveedor de servicios de PCA, por no cumplir con lo estipulado en 130 CMR 422.000 del reglamento del Programa de PCA de MassHealth; por ejemplo, no prestar los servicios cubiertos por el Programa de PCA de MassHealth, reiteradas faltas por incumplimiento del requisito de trabajar dentro del límite de horas semanales o de las horas extras autorizadas, de los requisitos de elegibilidad del proveedor o de cualquier otro requisito del programa.
22. Entiendo que no puedo recibir un sueldo como Proveedor de servicios de PCA si soy cónyuge, padre o madre (si quien recibe mis servicios de PCA es un menor de edad), representante o apoderado administrativo, padre o madre de crianza o pariente con responsabilidad legal (incluido un pariente que sea el tutor legal) del Consumidor empleador de los servicios de PCA.

Al proveerle los servicios de PCA que cubre MassHealth a mi empleador (el Consumidor de servicios de PCA), entiendo y acepto lo siguiente:

23. Si mi empleador tuviera una instrucción anticipada respecto a la prestación de atención en caso de que quedara incapacitado, acepto respetar los términos de dicha instrucción anticipada, a menos que, por una cuestión de conciencia, no la pudiera poner en práctica. Acepto no condicionar la prestación de cuidados ni discriminar a mi empleador según si la persona haya o no puesto en práctica una instrucción anticipada. Entiendo que no estoy obligado(a) a prestar servicios de cuidados que contradigan una instrucción anticipada.
24. Acepto mantener todos los archivos que sean necesarios para demostrar el alcance de los servicios que le proveo a mi Consumidor empleador, incluidos los Formularios de Actividades (también llamados “planillas de horas trabajadas”) y acepto proporcionarles, a su solicitud, copias de los

archivos que estén en mi poder y de toda la información respecto a los pagos que yo reclamare por prestar servicios de PCA a mi Consumidor empleador, a la agencia de Medicaid, al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. o a la unidad de control estatal de Fraude contra Medicaid.

Acepto cumplir con los requisitos de divulgación de información estipulados en 42 CFR Parte 455, Subparte B, según lo siguiente:

25. Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), detallo a continuación toda otra entidad proveedora de servicios a MassHealth de la cual soy propietario o tengo el control. Una “entidad proveedora de servicios a MassHealth” podría incluir a cualquier tipo de proveedor inscrito en MassHealth, como una agencia de cuidados a domicilio (HHA), una agencia de cuidado temporal para adultos (AFC) u otro tipo de proveedor. Por favor, complete esta información a continuación en la Página 3.
26. Si MassHealth lo requiriera, acepto proveer información sobre las transacciones comerciales conforme a 42 CFR 455.105.
27. Conforme al estatuto estatal M.G.L. c.118E, § 36 y a los requisitos federales 42 CFR 455.106, al firmar este formulario, declaro que no he sido condenado(a) por delitos penales con mi participación en cualquier programa de Medicare, Medicaid ni los programas de servicios del Título XX.
28. Entiendo que determinadas relaciones entre mi Consumidor empleador y yo podrían afectar mi estado de exención de impuestos. Entiendo que cualquier estado de exención de impuestos que derive de mi relación con mi empleador es obligatorio, conforme a los correspondientes requisitos impositivos federales y estatales. Entiendo que se exige que el FI cumpla con todos los requisitos federales y estatales respecto a la retención de impuestos, y que ni MassHealth ni el FI pueden cambiar dichos requisitos.

Información y declaración del proveedor

Por favor, marque una opción:

Las siguientes opciones describen mi relación laboral con mi empleador (el Consumidor de servicios de PCA). Seleccione solo una opción:	
☐	No tengo parentesco con mi Consumidor empleador
☐	Soy hijo o hija de mi Consumidor empleador
☐	Soy el padre o la madre de mi Consumidor empleador
☐	Tengo otro tipo de parentesco con mi Consumidor empleador (por favor, explique):

Por favor, marque una opción:

Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), detallo a continuación toda otra entidad proveedora de servicios a MassHealth de la cual soy propietario o tengo el control. Una “entidad proveedora de servicios a MassHealth” podría incluir a cualquier tipo de proveedor inscrito en MassHealth, como una agencia de cuidados a domicilio (HHA), una agencia de cuidado temporal para adultos (AFC) u otro tipo de proveedor. Por favor, marque una opción:

- ☐ NO soy propietario(a) ni tengo el control de ninguna otra entidad proveedora de servicios a MassHealth.
- ☐ SÍ soy propietario(a) o tengo el control de otra entidad proveedora de servicios a MassHealth. La información sobre dicha(s) entidad(es) es la siguiente:

Por favor, complete la siguiente información y declare:

Certifico bajo pena de perjurio que la información indicada en el presente formulario de firma, como toda otra declaración aquí incluida, ha sido revisada y firmada por mí, y es verdadera, precisa y completa según mi leal saber y entender. También certifico que entiendo mis deberes, derechos y obligaciones como PCA y que toda la información que he provisto a mi empleador (el Consumidor de servicios de PCA), al intermediario fiscal (FI), a la agencia de supervisión de cuidados personales (PCM) o a MassHealth es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones civiles o juicios penales por cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de los hechos materiales contenidos en el presente documento.

Doy fe de toda la información anterior y acepto el puesto de proveedor de servicios de asistente de cuidados personales (PCA) para:

Nombre del Consumidor en letra de imprenta: _____

Firma del Proveedor de servicios de PCA: _____

Nombre del Proveedor de servicios de PCA en letra de imprenta: _____

Fecha de la firma: _____

Para evitar retrasos en el procesamiento de los documentos de nuevos empleados, debe presentar lo siguiente:

-  Formulario I-9 debidamente completado*
**La Primera Fecha de Empleo en la Sección 2 debe ser igual o posterior a la fecha en que se envían los formularios a Tempus*
 -  Copias o imágenes de documentos aceptables que acrediten la identidad y la autorización de empleo
-  **Los documentos incompletos o poco claros pueden retrasar el procesamiento y el empleo.**

1. Los PCA/DCW deben proporcionar un documento de la Lista A o un documento de la Lista B y un documento de la Lista C.
2. Los consumidores o participantes de las exenciones deben enviar a Tempus una copia clara y fácil de leer de cada documento presentado al enviar el Formulario I-9 y otros documentos de nuevos empleados.

Ejemplos de estos documentos aparecen en la página 2 del Formulario I-9.



Los documentos deben:

-  Ser claros y fáciles de leer, sin estar borrosos y sin que sean demasiado oscuros o demasiado claros.
-  Estar completos, incluyendo todas las páginas y esquinas, sin información recortada.
-  Estar actualizados y vigentes *si el documento tiene fecha de vencimiento.
-  Enviarse con ambas caras si el documento es a doble cara.
-  Las fotos tomadas con teléfonos deben estar bien iluminadas y ser completamente visibles.

Para evitar retrasos, tome las siguientes medidas:

-  Complete y firme todos los formularios.
-  Envíe los documentos de respaldo que coincidan con los documentos proporcionados en la Sección 2 del Formulario I-9.
-  Envíe únicamente documentos claros y legibles.
-  Asegúrese de que los nombres que figuran en los documentos identifiquen al PCA/DCW.
-  Envíe únicamente paquetes completos.

? ¿Preguntas?

Póngase en contacto con Tempus para obtener ayuda y así evitar enviar documentación incompleta.

 (877) 479-7577

 MAPCAOnboarding@tempusunlimited.org

 www.tempusunlimited.org



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 05/31/2027

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

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 (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)		
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State	ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number	
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):					
		☐ 1. A citizen of the United States					
		☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)					
		☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)					
		☐ 4. An alien authorized to work until (exp. date, if any)					
		If you check Item Number 4. , enter one of these:					
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance	
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)		

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)		Additional Information			
Issuing Authority		Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.			
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.			First Day of Employment (mm/dd/yyyy):		
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name			Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code		

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

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

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

LIST A		LIST B	LIST C
Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	Documents that Establish Identity	AND 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, sex, 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, sex, 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 an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: 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 individual's status or parole 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 For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central . The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.
		8. Native American tribal document	
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority	
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			
Acceptable Receipts			
May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period.			
For receipt validity dates, see the M-274.			
• Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee.	OR	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.



Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 05/31/2027

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

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		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code



Supplement B,
Reverification and Rehire (formerly Section 3)

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No. 1615-0047
Expires 05/31/2027

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement replaces Section 3 on the previous version of Form I-9. Only use this page if your employee requires reverification, is rehired within three years of the date the original Form I-9 was completed, or provides proof of a legal name change. Enter the employee's name in the fields above. Use a new section for each reverification or rehire. Review the Form I-9 instructions before completing this page. Keep this page as part of the employee's Form I-9 record. Additional guidance can be found in the [Handbook for Employers: Guidance for Completing Form I-9 \(M-274\)](#)

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)		Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
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 documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
Additional Information (Initial and date each notation.)			Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)		Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
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 documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
Additional Information (Initial and date each notation.)			Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)	Middle Initial
Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.			
Document Title	Document Number (if any)		Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
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 documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.			
Name of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
Additional Information (Initial and date each notation.)			Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

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

2026**Paso 1:**
Anote Su
Información
Personal

(a) Su primer nombre e inicial del segundo nombre	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección		¿Coincide su nombre con el nombre en su tarjeta de Seguro Social? 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/es .
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).		
Precaución: Para reclamar ciertos créditos o deducciones en su declaración de impuestos, usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener un número de Seguro Social válido para trabajar. Vea la página 2 para más información.		

CONSEJO: Considere usar 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 use el estimador. A comienzos del próximo año, use 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 más información sobre cada paso, quién puede reclamar la exención de la retención y cuándo usar el estimador 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) Use el estimador 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, use esta opción; **o**
- (b) Use la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; **o**
- (c) Si sólo hay dos empleos en total, puede marcar este recuadro. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que el Paso 2(b) si el pago del empleo con la paga más baja es mayor que la mitad del pago del empleo con la paga más alta. De lo contrario, el Paso 2(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 esos pasos en blanco para los otros empleos. (Su retención será más precisa si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo con la paga más alta).

Paso 3:
Reclamación de
Dependiente y
Otros Créditos

Si su ingreso total será \$200,000 o menos (\$400,000 o menos, si es casado que presenta una declaración conjunta):

(a) Multiplique el número de hijos calificados menores de 17 años de edad por \$2,200 **3(a)** \$

(b) Multiplique el número de otros dependientes por \$500 **3(b)** \$

Sume las cantidades de los Pasos 3(a) y 3(b), más la cantidad de otros créditos. Anote el total aquí **3** \$

Paso 4:
Otros Ajustes

(a) **Otros ingresos (no provenientes de trabajos).** 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.** Use la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página 4 para determinar la cantidad de las deducciones que puede reclamar, lo cual reducirá su retención. (Si omite esta línea, su retención se basará en la deducción estándar). 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)** \$

Exento de la
retención

Reclamo exención de la retención para 2026 y certifico que cumplo con **ambas** condiciones para la exención para 2026. Vea **Exención de la retención** en la página 2. Entiendo que necesitaré completar un nuevo Formulario W-4 para 2027 . . . ☐

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.

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).

Fecha

Para Uso
Exclusivo del
Empleador

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 2026 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2025, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2026, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2025 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2025 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 2026. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones marcando el recuadro en la sección titulada **Exento de la retención**. Luego, complete los Pasos **1(a)**, **1(b)** y **5**. No complete ningún otro paso. Tendrá que presentar un Formulario W-4 nuevo para el 16 de febrero de 2027.

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. Considere usar el estimador 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 use el estimador para contabilizar el impuesto federal sobre los ingresos que ya ha sido retenido este año. A comienzos del próximo año, use 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 del trabajo por cuenta propia 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 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). Marque 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. Use 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 de impuesto retenido 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 con la paga más alta.

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 requerido. Usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener el número de Seguro Social requerido para reclamar ciertos créditos. 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.

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 **15** 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 2026 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como para las propinas calificadas, la paga por horas extras calificada y el interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado; el interés de préstamos estudiantiles; los arreglos IRA y las personas de 65 años de edad o más. Usted (y/o su cónyuge, si es casado que presenta una declaración conjunta) tiene que tener el número de Seguro Social requerido para reclamar ciertas deducciones. Para requisitos de elegibilidad adicionales, vea la Publicación 501.

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 cuando presente su declaración de impuestos.

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

Si escoge la opción en el Paso **2(b)** del Formulario W-4, complete esta hoja de trabajo (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 con la paga más alta. 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 en línea en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si es casado que presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página **5**. Usando la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**”, 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 **5** usando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**”. Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea **2a** **2a** \$ _____
 - b** Sume los salarios anuales de la línea **2a** de los dos empleos mejor pagados y use ese total como los salarios en la fila “**Empleo con la Paga Más Alta**” y use los salarios anuales para su tercer empleo en la columna “**Empleo con la Paga Más Baja**” para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página **5** y anote esa cantidad en la línea **2b** **2b** \$ _____
 - c** Sume las cantidades de las líneas **2a** y **2b** y anote el resultado en la línea **2c** **2c** \$ _____
- 3** Anote el número de períodos de pago por año para el empleo con la paga más alta. 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 con la paga más alta (sume a esta cantidad cualquier otra retención adicional que desee) **4** \$ _____

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 Nuevas Contrataciones). Podemos también divulgar esta información a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer cumplir las leyes penales federales no tributarias o a agencias federales encargadas de la aplicación de la ley y a agencias federales 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 relacionados con un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley de impuestos internos. Por lo general, las declaraciones de impuestos y la información contenida en ellas son confidenciales, tal como lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario variará según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de su declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones de su declaración de impuestos sobre los ingresos.

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

Vea las Instrucciones para el Anexo 1-A (Formulario 1040) para más información sobre si califica para las deducciones en las líneas **1a**, **1b**, **1c**, **3a** y **3b**.

1	Deducciones por propinas calificadas, paga por horas extras calificada e interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado.				
a	Propinas calificadas. Si su ingreso total es menor de \$150,000 (\$300,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de sus propinas calificadas hasta \$25,000	1a \$ _____			
b	Paga por horas extras calificada. Si su ingreso total es menor de \$150,000 (\$300,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de su paga por horas extras calificada hasta \$12,500 (\$25,000, si es casado que presenta una declaración conjunta) de la porción "y medio" de la paga de tiempo y medio	1b \$ _____			
c	Interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado. Si su ingreso total es menor de \$100,000 (\$200,000, si es casado que presenta una declaración conjunta), anote un estimado de su interés de préstamo de vehículo de pasajeros calificado hasta \$10,000	1c \$ _____			
2	Suma las líneas 1a , 1b y 1c . Anote el resultado aquí	2 \$ _____			
3	Personas de 65 años de edad o más. Si su ingreso total es menor de \$75,000 (\$150,000, si es casado que presenta una declaración conjunta):				
a	Anote \$6,000 si tiene 65 años de edad o más antes del final del año	3a \$ _____			
b	Anote \$6,000 si su cónyuge tiene 65 años de edad o más antes del final del año y tiene un número de Seguro Social válido para trabajar	3b \$ _____			
4	Suma las líneas 3a y 3b . Anote el resultado aquí	4 \$ _____			
5	Anote un estimado del interés de préstamos estudiantiles, las aportaciones a los arreglos <i>IRA</i> deducibles, los gastos del educador, la pensión para el cónyuge divorciado pagada y ciertos otros ajustes provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040). Vea la Publicación 505 para más información .	5 \$ _____			
6	Deducciones detalladas. Anote un estimado de sus deducciones detalladas para 2026 provenientes del Anexo A (Formulario 1040). Dichas deducciones pueden incluir las siguientes partidas, si califican:				
a	Gastos médicos y dentales. Anote los gastos en exceso del 7.5% (0.075) de su ingreso total .	6a \$ _____			
b	Impuestos estatales y locales. Si su ingreso total es menor de \$505,000 (\$252,500, si es casado que presenta una declaración por separado), anote los impuestos estatales y locales pagados hasta \$40,400 (\$20,200, si es casado que presenta una declaración por separado)	6b \$ _____			
c	Intereses hipotecarios de su vivienda. Si su deuda de adquisición de vivienda es menor de \$750,000 (\$375,000, si es casado que presenta una declaración por separado), anote los gastos por intereses hipotecarios de su vivienda (incluyendo las primas del seguro hipotecario) . . .	6c \$ _____			
d	Donaciones caritativas. Anote las donaciones en exceso del 0.5% (0.005) de su ingreso total .	6d \$ _____			
e	Otras deducciones detalladas. Anote la cantidad de otras deducciones detalladas	6e \$ _____			
7	Suma las líneas 6a , 6b , 6c , 6d y 6e . Anote el resultado aquí	7 \$ _____			
8	Limitación de las deducciones detalladas.				
a	Anote su ingreso total	8a \$ _____			
b	Reste la línea 4 de la línea 8a . Si la línea 4 es mayor que la línea 8a , anote "-0-" aquí y en la línea 10 . Omita la línea 9	8b \$ _____			
9	Anote: <table border="0"> <tr> <td> • \$768,700, si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$640,600, si es soltero o cabeza de familia • \$384,350, si es casado que presenta una declaración por separado </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">.</td> </tr> </table>	• \$768,700, si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$640,600, si es soltero o cabeza de familia • \$384,350, si es casado que presenta una declaración por separado	}		9 \$ _____
• \$768,700, si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$640,600, si es soltero o cabeza de familia • \$384,350, si es casado que presenta una declaración por separado	}				
10	Si la línea 9 es mayor que la línea 8b , anote la cantidad de la línea 7 . De lo contrario, multiplique la línea 7 por el 94% (0.94) y anote el resultado aquí	10 \$ _____			
11	Deducción estándar.				
	Anote: <table border="0"> <tr> <td> • \$32,200, si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$24,150, si es cabeza de familia • \$16,100, si es soltero o casado que presenta una declaración por separado </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">.</td> </tr> </table>	• \$32,200, si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$24,150, si es cabeza de familia • \$16,100, si es soltero o casado que presenta una declaración por separado	}		11 \$ _____
• \$32,200, si es casado que presenta una declaración conjunta o cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$24,150, si es cabeza de familia • \$16,100, si es soltero o casado que presenta una declaración por separado	}				
12	Donaciones caritativas en efectivo. Si usted toma la deducción estándar, anote las donaciones en efectivo hasta \$1,000 (\$2,000, si es casado que presenta una declaración conjunta)	12 \$ _____			
13	Suma las líneas 11 y 12 . Anote el resultado aquí	13 \$ _____			
14	Si la línea 10 es mayor que la línea 13 , reste la línea 11 de la línea 10 y anote el resultado aquí. Si la línea 13 es mayor que la línea 10 , anote la cantidad de la línea 12	14 \$ _____			
15	Suma las líneas 2 , 4 , 5 y 14 . Anote el resultado aquí y en el Paso 4(b) del Formulario W-4	15 \$ _____			

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

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja —Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$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	\$480	\$850	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	480	1,480	1,850	2,050	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,620
\$20,000 - 29,999	480	1,480	2,480	3,050	3,250	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	3,820	4,820
\$30,000 - 39,999	850	1,850	3,050	3,620	3,820	3,990	3,990	3,990	3,990	4,390	5,390	6,390
\$40,000 - 49,999	850	2,050	3,250	3,820	4,020	4,190	4,190	4,190	4,590	5,590	6,590	7,590
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,360	4,360	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,360	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760	9,760
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,990	4,190	4,760	5,760	6,760	7,760	8,760	9,760	10,760
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,240	5,440	6,610	7,610	8,610	9,610	10,610	11,610	12,610
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,840	9,040	10,210	11,210	12,210	13,210	14,210	15,360	16,560
\$150,000 - 239,999	1,870	4,100	6,500	8,270	9,670	11,040	12,240	13,440	14,640	15,840	17,040	18,240
\$240,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,610	10,010	11,380	12,580	13,780	14,980	16,180	17,380	18,580
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,610	10,010	11,380	12,580	13,860	15,860	17,860	19,860	21,860
\$365,000 - 524,999	2,720	5,920	9,390	12,260	14,760	17,230	19,530	21,830	24,130	26,430	28,730	31,030
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,610	16,310	18,980	21,480	23,980	26,480	28,980	31,480	33,990

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja —Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$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	\$90	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,070	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,970
\$10,000 - 19,999	850	1,780	1,980	1,980	2,030	3,030	3,830	3,830	3,830	3,830	3,930	4,130
\$20,000 - 29,999	1,020	1,980	2,180	2,230	3,230	4,230	5,030	5,030	5,030	5,130	5,330	5,530
\$30,000 - 39,999	1,020	1,980	2,230	3,230	4,230	5,230	6,030	6,030	6,130	6,330	6,530	6,730
\$40,000 - 59,999	1,020	2,880	4,080	5,080	6,080	7,080	7,950	8,150	8,350	8,550	8,750	8,950
\$60,000 - 79,999	1,870	3,830	5,030	6,030	7,100	8,300	9,300	9,500	9,700	9,900	10,100	10,300
\$80,000 - 99,999	1,870	3,830	5,100	6,300	7,500	8,700	9,700	9,900	10,100	10,300	10,500	10,700
\$100,000 - 124,999	2,030	4,190	5,590	6,790	7,990	9,190	10,190	10,390	10,590	10,940	11,940	12,940
\$125,000 - 149,999	2,040	4,200	5,600	6,800	8,000	9,200	10,200	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,200	5,600	6,800	8,150	10,150	11,950	12,950	13,950	14,950	16,170	17,470
\$175,000 - 199,999	2,040	4,200	6,150	8,150	10,150	12,150	13,950	15,020	16,320	17,620	18,920	20,220
\$200,000 - 249,999	2,720	5,680	7,880	10,140	12,440	14,740	16,840	18,140	19,440	20,740	22,040	23,340
\$250,000 - 449,999	2,970	6,230	8,730	11,030	13,330	15,630	17,730	19,030	20,330	21,630	22,930	24,240
\$450,000 y más	3,140	6,600	9,300	11,800	14,300	16,800	19,100	20,600	22,100	23,600	25,100	26,610

Cabeza de Familia

Empleo con la Paga Más Alta — Salario y Sueldo Tributable Anual	Empleo con la Paga Más Baja —Salario y Sueldo Tributable Anual											
	\$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	\$280	\$850	\$950	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,560	\$1,870	\$1,870	\$1,870
\$10,000 - 19,999	280	1,280	1,950	2,150	2,220	2,220	2,220	2,760	3,760	4,070	4,070	4,210
\$20,000 - 29,999	850	1,950	2,720	2,920	2,980	2,980	3,520	4,520	5,520	5,830	5,980	6,180
\$30,000 - 39,999	950	2,150	2,920	3,120	3,180	3,720	4,720	5,720	6,720	7,180	7,380	7,580
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,980	3,570	4,640	5,640	6,640	7,750	8,950	9,460	9,660	9,860
\$60,000 - 79,999	1,020	2,610	4,370	5,570	6,640	7,750	8,950	10,150	11,350	11,860	12,060	12,260
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,830	7,150	8,410	9,610	10,810	12,010	13,210	13,720	13,920	14,120
\$100,000 - 124,999	1,870	4,270	6,230	7,630	8,900	10,100	11,300	12,500	13,700	14,210	14,720	15,720
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,400	7,800	9,070	10,270	11,470	12,670	14,580	15,890	16,890	17,890
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,400	7,800	9,070	10,580	12,580	14,580	16,580	17,890	18,890	20,170
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,400	8,510	10,580	12,580	14,580	16,580	18,710	20,320	21,620	22,920
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,680	10,900	13,270	15,570	17,870	20,170	22,470	24,080	25,380	26,680
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,540	12,040	14,410	16,710	19,010	21,310	23,610	25,220	26,520	27,820
\$450,000 y más	3,140	6,840	10,110	12,810	15,380	17,880	20,380	22,880	25,380	27,190	28,690	30,190

Formulario de Depósito Directo (MA)

Los PCA/DCW están en la obligación de usar la modalidad de depósito directo para el pago. Los PCA y DCW deben completar este formulario y cargar los documentos que se enumeran a continuación. Los campos obligatorios están marcados con un asterisco (*).

Nombre Completo del PCA/DCW*	Número de Teléfono del PCA/DCW*	ID Único del PCA/DCW
Nombre Completo del Consumidor/Participante de las Exenciones*		ID del Consumidor/Participante de las Exenciones

Acción Solicitada*	
☐ Inscripción para el Depósito Directo por Primera Vez	☐ Actualizar la Información de Depósito Directo

Información Bancaria Actual*			Información Bancaria Anterior (Complete este campo solo si está actualizando su información)		
Nombre del Banco:			Nombre del Banco:		
Tipo de Cuenta:	☐ De Cheques	☐ De Ahorros	Tipo de Cuenta:	☐ De Cheques	☐ De Ahorros
Número de Ruta:			Número de Ruta:		
(9 dígitos)			(9 dígitos)		

Número de Cuenta:		Número de Cuenta:	
--------------------------	--	--------------------------	--

Según las normas del Programa de PCA/Exenciones, las cuentas utilizadas para depósito directo deben estar únicamente a nombre del PCA/DCW. No puede ser una cuenta conjunta compartida por el PCA/DCW y el consumidor/participante de las exenciones o el suplente.

Documentación Requerida*
Si es una cuenta de cheques, proporcione un cheque anulado o documentación bancaria oficial (por ejemplo, una carta de verificación de depósito directo) en la que se muestre el nombre del PCA/DCW, el número de ruta y el número de cuenta. Se aceptan cheques provisionales con nombre y número de cuenta preimpresos. Si es una cuenta de ahorros, proporcione documentación bancaria oficial que incluya el nombre del PCA/DCW, el número de ruta y el número de cuenta. Nota: No envíe ningún documento escrito a mano ni comprobantes de depósito, ya que no serán aceptados. Tempus no procesará este formulario sin la documentación requerida.

Por este medio, autorizo a Tempus Unlimited, Inc. (en adelante, la "Empresa") a depositar cualquier cantidad que se me adeude mediante la realización de abonos en mi cuenta en la institución financiera (en adelante, el "Banco") indicada en este formulario. Además, autorizo al Banco a aceptar y abonar en mi cuenta cualquier abono indicado por la Empresa. En caso de que la Empresa deposite fondos erróneamente en mi cuenta, autorizo a la Empresa a debitar de mi cuenta un monto que no exceda el monto original del abono realizado por error. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que la Empresa y el Banco reciban una notificación por escrito de mi parte sobre su cancelación, en un plazo y de una manera que les brinden a la Empresa y al Banco una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.



Firma del PCA/DCW*	Nombre Legible*	Fecha*
---------------------------	------------------------	---------------

Tarjeta U.S. Bank Focus

Formulario de Inscripción

Para recibir tus pagos en una Tarjeta U.S. Bank Focus, completa este formulario y envíalo a Tempus Unlimited. Tu tarjeta se enviará por correo postal a la dirección proporcionada dentro de 7 a 10 días hábiles.



Nombre:

Apellido:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono¹:

Número de Seguro Social:

Fecha de Nacimiento:

Dirección de Correo Electrónico²:

Información Importante Sobre Procedimientos Para Abrir Una Cuenta Nueva

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. Esto significa que cuando abras una cuenta, se te pedirá tu nombre, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que nos permita identificarte. Es posible que también te pidamos mostrar tu 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 errónea en mi Tarjeta Focus. Esta autorización se mantendrá vigente hasta que yo la cancele a través de una notificación por escrito a Tempus Unlimited.

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

Firma:

Fecha:

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

Para ayudar a Tempus Unlimited a procesar tu pago, provee información acerca del individuo a quien le proporcionaste Servicios (tu "Consumidor"):

Nombre del
Consumidor:

Dirección del Consumidor

Calle:

Consumidor número:

Apto./Suite:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Los servicios pueden estar disponibles solamente en inglés.

¹ 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 fines que no sean de marketing. Es posible que las llamadas y mensajes incurran en cargos de acceso por parte de su proveedor de telefonía celular. ² 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. ©2023 U.S. Bank. Miembro FDIC.



Form M-4

Massachusetts Employee's Withholding Exemption Certificate

Print full name		Social Security number	
Home address			
City/Town	State	Zip	

Employee: File this form with your employer. Otherwise, Massachusetts income taxes will be withheld from your wages without exemptions.

Employer: Keep this certificate with your records. If the employee is believed to have claimed excessive exemptions, the Massachusetts Department of Revenue should be so advised.

How to Claim Your Withholding Exemptions

- 1 Your personal exemption. Enter "1" or, if you are age 65 or over or will be before next year, enter "2" 1
- 2 If married and if exemption for spouse is allowed, enter "4" in line 2. If your spouse is age 65 or over or will be before next year and if otherwise qualified, enter "5." See Instruction C below 2
- 3 Enter the number of qualified dependents. See Instruction D below 3
- 4 Total number of withholding exemptions. Add lines 1 through 3 4
- 5 Additional withholding per pay period under agreement with your employer 5

A. ☐ Fill in you will file as head of household.

B. ☐ Fill in you are blind.

C. ☐ Fill in your spouse if blind and not subject to withholding.

D. ☐ Fill in you are a full-time student engaged in seasonal, part-time, or temporary employment whose estimated annual income will not exceed \$8,000. **Employer:** Do not withhold if D is filled in.

General Information

A. Number. The more exemptions you claim on this certificate, the less tax withheld from your employer. If you claim more exemptions than you are entitled to, civil and criminal penalties may be imposed. However, you may claim a smaller number of exemptions without penalty. If you do not file a certificate, your employer must withhold on the basis of no exemptions.

If you expect to owe more income tax than will be withheld, you may either claim a smaller number of exemptions or enter into an agreement with your employer to have additional amounts withheld.

You should claim the total number of exemptions to which you are entitled to prevent excessive overwithholding, unless you have a significant amount of other income. Underwithholding may result in owing additional taxes to the Commonwealth at the end of the year.

If you work for more than one employer at the same time, you must not claim any exemptions with employers other than your principal employer.

If you are married and if your spouse is subject to withholding, each may claim a personal exemption.

B. Changes. You may file a new certificate at any time if the number of exemptions increases. You must file a new certificate within 10 days if the number of exemptions previously claimed by you decreases. For example,

if during the year your dependent son's income indicates that you will not provide over half of his support for the year, you must file a new certificate.

C. Spouse. If your spouse is not working or if she or he is working but not claiming the personal exemption or the age 65 or over exemption, generally you may claim those exemptions in line 2. However, if you are planning to file separate annual tax returns, you should not claim withholding exemptions for your spouse or for any dependents that will not be claimed on your annual tax return.

If claiming a spouse, write "4" in line 2. Entering "4" makes a withholding system adjustment for the \$4,400 exemption for a spouse.

D. Dependent(s). You may claim an exemption in line 3 for each individual who qualifies as a dependent under the Federal Income Tax Law. In addition, if one or more of your dependents will be under age 12 at year end, add "1" to your dependents total for line 3.

You are not allowed to claim "federal withholding deductions and adjustments" under the Massachusetts withholding system.

If you have income not subject to withholding, you are urged to have additional amounts withheld to cover your tax liability on such income. See line 5.

I certify that the number of withholding exemptions claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled.

Signature	Date
-----------	------

CONTRATO PARA TITULARES DE LA TARJETA U.S. BANK FOCUS

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA TARJETA U.S. BANK FOCUS

Al activar, aceptar y/o utilizar la Tarjeta U.S. Bank Focus ("Tarjeta"), acepta regirse por los términos y condiciones contenidos en este Contrato para Titulares de esta Tarjeta Focus, así como la Lista de Cargos y las Limitaciones de Transacciones, que se incorporan en el presente por referencia (colectivamente el "Contrato"), el cual regirá el uso de su Tarjeta y de su Cuenta por su parte. Su Tarjeta es una tarjeta de débito prepagada recargable de la marca Visa® emitida por U.S. Bank National Association ("U.S. Bank"), y su Tarjeta accede a la cuenta de su Tarjeta U.S. Bank Focus ("Cuenta"). "Usted" y "su" se refieren a la persona o personas que recibieron la Tarjeta de U.S. Bank y que están autorizadas a utilizar la Tarjeta y la Cuenta según se indica en este Contrato. "Nosotros", "nos" y "nuestro/a" se refieren a U.S. Bank, nuestros sucesores, filiales o cesionarios. "Depositante" se refiere a una organización que provee un valor real en dólares o fondos a su Tarjeta. El "Patrocinador" es el empleador que le ofreció originalmente la Tarjeta y la Cuenta. Lea detenidamente este Contrato y consérvelo para consultarlo en el futuro. Las leyes del estado de Ohio rigen la interpretación de este Contrato sin dar validez a conflictos de principios de leyes que puedan ocasionar que la ley de otro estado se aplique.

Ni su Tarjeta ni su Cuenta están asociadas de ninguna manera a ninguna otra cuenta. No recibirá intereses sobre los fondos en su Cuenta. La Tarjeta no es una tarjeta de crédito. La Tarjeta no es para reventa. Esta Tarjeta es intransferible y podrá cancelarse, embargarse o revocarse sin previo aviso en cualquier momento sujeto a la ley vigente. Es posible que rehusemos procesar cualquier transacción que creamos infrinja los términos de este Contrato o la ley correspondiente. Los fondos en la Cuenta están asegurados por la Corporación Federal de Seguro de Depósitos ("FDIC") hasta el máximo permitido por la ley para el beneficio del titular de tarjeta mencionado.

ESTE CONTRATO CONTIENE UNA CLÁUSULA DE ARBITRAJE (INCLUIDA UNA EXENCIÓN DE ARBITRAJE EN CASO DE DEMANDA COLECTIVA). ES IMPORTANTE QUE LEA CON DETENIMIENTO LA SECCIÓN DE ARBITRAJE.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE PROCEDIMIENTOS PARA ABRIR UNA CUENTA NUEVA.

Para ayudar al gobierno a luchar contra el financiamiento de actividades terroristas y de lavado de dinero, las leyes federales exigen que todas las instituciones financieras obtengan, verifiquen y registren información que identifique a toda persona que abre una cuenta. Esto significa para usted lo siguiente: Cuando abra una cuenta, es posible que le pidamos su nombre, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que nos permita identificarle. De ser necesario, es posible que también le pidamos mostrar su licencia de conducir u otros documentos de identificación.

CÓMO UTILIZAR SU TARJETA

1. Activación de su Tarjeta; Selección del PIN. Puede activar su Tarjeta llamándonos al 877-474-0010 (aceptamos llamadas de retransmisión) o en línea en www.usbankfocus.com (en inglés). Durante el proceso de activación, seleccionará un Número de Identificación Personal ("PIN"), el cual puede utilizar para conducir ciertas transacciones, como transacciones en puntos de venta o transacciones en ATM. La Tarjeta y el PIN se proveen para su uso y protección y usted acepta asegurarse que únicamente usted conocerá su PIN (no escriba su PIN en su Tarjeta ni lo comparta con nadie) y acepta notificarnos inmediatamente si su PIN se ve comprometido.

2. Uso de Su Tarjeta. Usted es elegible para utilizar su Tarjeta y Cuenta para conducir los tipos de transacciones descritos en este Contrato:

- A. Pagar bienes y servicios con o sin retiros de efectivo en tiendas y negocios que han aceptado honrar la Tarjeta ("transacciones en puntos de venta");
- B. Realizar transacciones en cajeros automáticos ("ATM");
- C. Transferir fondos hacia o desde otra Tarjeta Focus registrada a través de su Patrocinador;
- D. Obtener un Cheque de Conveniencia de ChekToday; y
- E. Obtener efectivo con personal de ventanilla de cualquier banco o cooperativa de crédito que acepte la red de la marca que aparece en su Tarjeta.

Es posible que se apliquen cargos y límites de transacciones. No todos los tipos de transacciones están disponibles para todos los programas. Consulte "Cargos y Límites de Transacciones de la Tarjeta" para obtener más detalles sobre las transacciones disponibles en su programa.

3. Cómo Cargar su Tarjeta

Todos los depósitos a su Tarjeta hacia el límite de Crédito Diario Máximo aparecen en los Límites de Transacciones. Es posible que los proveedores tercerizados establezcan límites más bajos.

- A. Depósitos de Su Patrocinador.** Su Patrocinador puede depositar dinero (depositar un valor) en su Tarjeta en cualquier momento. El dinero depositado en la Cuenta está disponible para que usted lo use de acuerdo con este Contrato.
- B. Otros Depósitos; Saldo Máximo.** Dependiendo de su programa, es posible que usted pueda realizar depósitos en efectivo a través de las redes de depósito participantes, recibir depósitos directos a través de la cámara de compensación automatizada ("ACH") provenientes de fuentes distintas a su Patrocinador y depositar cheques a través de un servicio de captura remota de depósitos tercerizado. Si estas opciones están disponibles en su Cuenta, usted recibirá junto con los materiales de su Tarjeta información sobre métodos de depósito disponibles. Si su programa permite depósitos de fuentes distintas a su Patrocinador, tendrá que tomar pasos adicionales para verificar su identidad antes de poder acceder a estos servicios. A nuestra discreción, es posible que permitamos un depósito en exceso al límite del Saldo de Tarjeta Máximo que aparece en los Límites de Transacciones. Si se permite que dicho depósito se registre en su Cuenta en una ocasión, esto no es garantía de que todo tipo de depósitos en exceso a los límites estipulados se permitirán en el futuro. Se devolverán todos los cheques y giros postales enviados por correo postal o directamente a nosotros.
- i. Depósitos en Efectivo. Tome en cuenta que si deposita fondos en su Tarjeta en las redes de depósito, es posible que esas redes cobren un cargo y/o establezcan límites de depósitos menores a los establecidos por nosotros. Es posible que cada red de depósito defina los términos sobre qué fuente (ej., efectivo, cheque u otra) se puede utilizar para depositar en la Cuenta. Generalmente, los fondos depositados a través de las redes de depósitos deberían estar disponibles a más tardar al siguiente día hábil, pero el horario y disponibilidad de los depósitos a través de las redes de depósitos dependen de la red de depósitos que complete la transacción.
 - ii. Depósitos con Cheque. Si lo permite su programa, es posible que usted pueda depositar fondos adicionales a su Tarjeta a través de un servicio de captura remota de depósitos tercerizado. Este servicio tercerizado requiere que usted acepte los términos y condiciones del proveedor de servicio, incluidos los cargos, y que descargue la aplicación móvil del proveedor de servicio. Generalmente, los fondos depositados a través de las redes de depósitos deberían estar disponibles a más tardar al siguiente día hábil, pero la frecuencia y disponibilidad de los depósitos a través de las redes de depósitos dependen de la red de depósitos que complete la transacción.
 - iii. Límites de los Depósitos. Además de las limitaciones en la sección Limitaciones de Transacciones, las siguientes limitaciones de transacciones se aplican a los depósitos. Tome en cuenta que para fines de esta explicación, un "día" es un período renovable de 24 horas.

Monto Máximo de Depósito a través de ACH: \$250,000 por depósito, 100 depósitos por día, no más de \$250,000 por día.

Monto Máximo de Depósito a través de Depósito en Efectivo: 3 depósitos por día, no más de \$950 por día.

Monto Máximo de Depósito a través de Servicio de Depósito por Cheque (Ingo): \$10,000 por depósito, 10 depósitos por día, no más de \$20,000 por día.

- C. Disponibilidad de Fondos para Depósitos a través de ACH.** Los fondos depositados a su tarjeta por ACH, también conocidos como depósito directo, por lo general están disponibles para uso el Día Hábil en que los fondos de su pagador sean recibidos por nosotros. A nuestra exclusiva discreción, para ciertos depósitos recurrentes a través de ACH, es posible que pongamos fondos disponibles para su uso hasta dos días antes de que recibamos los fondos de su pagador. Cuando los fondos estén disponibles con antelación, se reflejarán en el saldo disponible de su cuenta. La disponibilidad anticipada de fondos dependerá de (1) cuándo recibamos las instrucciones de pago del pagador, (2) cualquier limitación que imponamos al monto de disponibilidad anticipada, y (3) el control estándar de prevención de fraudes. Los criterios que utilizamos para la disponibilidad anticipada de fondos se determinan a nuestra exclusiva discreción, según criterios de confidencialidad necesarios para mantener la seguridad de su cuenta y nuestros servicios de pago y están sujetos a cambio sin previo aviso. No todos los depósitos a través de ACH son elegibles para disponibilidad anticipada. Los depósitos recibidos a través de otros tipos de transacciones, como depósitos de cheques o servicios de pago de persona a persona, y otras transferencias en línea no son elegibles para la disponibilidad anticipada. No garantizamos que un depósito en particular a través de ACH esté disponible antes de la fecha programada por el pagador y la disponibilidad anticipada de fondos podrá variar entre los depósitos del mismo pagador. Si ponemos los fondos a disposición con antelación y el pagador revierte o solicita una devolución del depósito, o los fondos no son cobrados por nosotros de otro modo, usted entiende y acepta que podremos debitar su cuenta hasta el monto del depósito que se puso a disposición previamente, aun si usted ya ha retirado los fondos o esto cree un saldo negativo en su cuenta. En este caso, usted es responsable de cualquier cargo que se aplique, incluidos los cobrados por comercios o terceros, como resultado del saldo negativo. La acreditación anticipada de depósitos realizados a través de ACH se ofrece a nuestra discreción, y nos reservamos el derecho de cancelar el servicio en cualquier momento y sin previo aviso a usted.

4. Transferencias.

- A. Tarjeta a Tarjeta.** Si lo permite su programa, es posible que usted pueda transferir fondos de su Tarjeta a otra Tarjeta Focus también registrada por su Patrocinador o a través de este, y que usted pueda recibir fondos de otro titular de Tarjeta Focus, cuya Tarjeta esté registrada por su Patrocinador o a través de este. Los fondos transferidos están disponibles el mismo día hábil en que se complete la transferencia. Visite www.usbankfocus.com (en inglés) o llame a Servicios para Titulares de Tarjetas al 877-474-0010 para confirmar la disponibilidad de este servicio. Además de

las limitaciones en la sección Limitaciones de Transacciones, se aplican las siguientes limitaciones de transacciones:

Monto Máximo de Transferencia desde otra Tarjeta: \$2,500 por transferencia, 2 veces por día, no más de \$5,000 por día.

Monto Máximo de Transferencia hacia otra Tarjeta: \$10,000, 2 veces por día, no más de \$20,000 por día.

Las transferencias hacia su Tarjeta también cuentan hacia el límite de Crédito Máximo Diario que aparece en los Límites de Transacciones. Las transferencias desde su Tarjeta cuentan hacia el límite de Débitos Máximos Diarios.

B. Servicio de Transferencias Externas. Es posible que se le exija aceptar electrónicamente los términos en esta sección al momento que empiece a utilizar este servicio. Las cláusulas de la subsección B(i) se aplican únicamente si acepta estos términos electrónicamente. Al completar la configuración de alguna Cuenta Externa de Tarjeta para Transferencias Externas o al conducir una Transferencia Externa, usted acepta que el uso por parte suya de los Servicios de Transferencias Externas de Fondos (el “Servicio”) se registrará por los términos y condiciones a continuación (las “Divulgaciones de Transferencia Externa”), los cuales están incorporados en su Contrato para Titulares de Tarjetas por referencia, y por su Contrato para Titulares de Tarjetas. Todos los términos en mayúsculas tienen el mismo significado dado en su Contrato para Titulares de Tarjetas, a menos que específicamente se definan aquí.

(i) **Aceptación de divulgaciones electrónicas.** Al completar la configuración de una cuenta externa de tarjeta para Transferencias Externas o al realizar una Transferencia Externa, usted acuerda aceptar electrónicamente las Divulgaciones para Transferencias Externas.

- a. **Alcance de las Comunicaciones que se Proveerán de Manera Electrónica.** Su consentimiento para divulgaciones electrónicas se aplica únicamente a las Divulgaciones para Transferencias Externas y no a ninguna otra divulgación que se nos exija proporcionarle por escrito.
- b. **Método para Proveerle Comunicaciones.** Las Divulgaciones para Transferencias Externas se ven durante el uso por parte suya del Servicio y están disponibles en el Contrato para Titulares de Tarjetas, también disponible en el sitio web para titulares de tarjetas.
- c. **Cómo Retirar el Consentimiento.** Para retirar su consentimiento de recibir esta divulgación electrónicamente, NO proceda con la configuración de una cuenta externa de tarjeta ni con una Transferencia Externa.
- d. **Requisitos Técnicos.** Para recibir esta divulgación, utilice un navegador de Internet compatible con Mozilla Firefox, Google Chrome, Microsoft Edge y Apple Safari (para Mac). Su acceso a esta página verifica que su navegador y su software o dispositivo de encriptación cumplen con estos requisitos.
- e. **Solicitud de Copias Impresas.** Puede recibir una copia por escrito de esta divulgación contactando a Servicios para Titulares de Tarjetas o solicitando una copia de su Contrato para Titulares de Tarjetas.
- f. **Ley Federal.** Usted confirma y acepta que su consentimiento para recibir esta divulgación electrónicamente se proporciona en relación con una transacción que afecta el comercio interestatal que está sujeto a la Ley federal de Firmas Electrónicas en el Comercio Global y Nacional (Electronic Signatures in Global and National Commerce Act) (la “Ley”), y que tanto usted como nosotros tenemos la intención de que la Ley se aplique en toda su extensión posible para validar nuestra capacidad de conducir negocios con usted de manera electrónica.
- g. **Cese/Cambios.** Nos reservamos el derecho, a criterio nuestro exclusivo, a discontinuar la entrega electrónica de esta divulgación.

(ii) **Uso de Transferencias Externas.** El uso por parte suya de las Transferencias Externas está sujeto a esta Divulgación para Transferencias Externas y a su Contrato para Titulares de Tarjetas, el cual incluye limitaciones en las transacciones que puede realizar. Las Transferencias Externas no se pueden utilizar para depositar fondos o para transferir fondos a la Cuenta de su Tarjeta.

(iii) **Cuentas Externas.** La cuenta a la cual usted transfiere fondos utilizando Transferencias Externas es la “Cuenta Externa de Tarjeta”.

a. Debe configurar una Cuenta Externa de Tarjeta utilizando el sitio web para titulares de tarjetas antes de poder realizar Transferencias Externas. La Cuenta Externa debe estar asociada con una tarjeta de débito para ser elegible para la configuración. Sin embargo, no todas las cuentas son elegibles y la elegibilidad puede verse afectada por las funciones de cuenta programadas por el proveedor de la Cuenta Externa de Tarjeta. Solamente se pueden configurar dos (2) Cuentas Externas de Tarjeta para utilizarse en cualquier momento dado.

b. Usted es responsable de proveer información precisa de la cuenta para la Cuenta Externa de Tarjeta. Datos de la cuenta no precisos pueden ocasionar que falle la configuración de la Cuenta Externa de Tarjeta o que las Transferencias Externas se direccionen incorrectamente. No somos responsables de transferencia direccionadas incorrectamente si seguimos sus instrucciones.

(iv) **Transferencias Externas.** Puede utilizar el servicio de Transferencias Externas únicamente para iniciar pagos por única vez.

- a. Usted es responsable de proveer información precisa de la cuenta para la Cuenta Externa de Tarjeta y de confirmar el monto de la transferencia. Revise las instrucciones de pago cuidadosamente antes de iniciar una transferencia. No somos responsables de errores en el monto de la transferencia o de transferencias duplicadas por usted si nosotros seguimos sus instrucciones.
- b. Usted únicamente puede utilizar fondos disponibles para Transferencias Externas a una Cuenta Externa de Tarjeta. Cuando usted envía una Transferencia Externa, nos autoriza a debitar la Cuenta de su Tarjeta inmediatamente por el monto de la transferencia, más cualquier cargo correspondiente. Generalmente, no se le permitirá enviar su solicitud de Transferencia Externa por más dinero que su saldo disponible. En caso de que se acepte una transferencia que no se pueda realizar debido a los fondos disponibles, y que los fondos no estén disponibles al momento de que se procese la transferencia, la transferencia fallará.
- c. Es posible que demoremos o rechacemos una Transferencia Externa en ciertas situaciones, entre las que se incluyen: si necesitamos confirmar que usted haya autorizado la transferencia, si otras transacciones desde o hacia la Cuenta de su Tarjeta se han revertido, si usted ha realizado cambios recientes en su información de contacto o si la transferencia excede los límites de transacciones en la Cuenta de su Tarjeta. Si rechazamos alguna transferencia, le devolveremos los fondos asociados con la transferencia, a menos que se nos exija por ley tomar alguna otra acción.
- d. Generalmente, las transferencias se procesarán cuando se envíen. **Usted no tiene el derecho a cancelar una Transferencia Externa después de que la envíe.** La disponibilidad de fondos en la Cuenta Externa puede variar según los términos de esa cuenta. Contacte al proveedor de su Cuenta Externa para obtener información acerca de sus prácticas sobre disponibilidad de fondos.
- e. Las Transferencias Externas procesadas se reflejarán en su historial de transacciones. Siempre revise su historial de transacciones cuidadosamente y repórtenos cualquier error inmediatamente.

(v) **Límites de Transacciones.** Consulte la tabla de límites de transacciones ("Límites de Transacciones") debajo de su Lista de Cargos para conocer los límites de transacciones. Las Transferencias Externas están sujetas a los límites de retiro de fondos divulgados allí, así como a los límites descritos aquí. Usted puede realizar hasta 3 transferencias y transferir hasta \$1,000.00 por día utilizando Transferencias Externas. Estos límites diarios se miden en un período renovable de 24 horas. Es posible que limitemos su capacidad de agregar Cuentas Externas o de realizar Transferencias Externas después de que ocurran cambios en su información de contacto o en sus credenciales de inicio de sesión.

(vi) **Nuestra Responsabilidad.** Nosotros somos responsables de los errores ocasionados por haber fallado al procesar alguna Transferencia Externa de acuerdo con sus instrucciones transmitidas adecuadamente, a menos que hayamos demorado o rechazado la transacción de manera razonable de acuerdo con este Contrato. No somos responsables de ningún costo, cargo por pago atrasado u otro daño en que se incurra si se demora la Transferencia Externa. No somos responsables por transferencias direccionadas incorrectamente o por errores en las instrucciones de pago que usted nos provea si seguimos sus instrucciones. Si cree que ha ocurrido algún error, debe reportarlo inmediatamente utilizando el proceso de resolución de errores descrito en la sección titulada "*Su Derecho a Disputar Errores*" de su Contrato.

(vii) **Cancelación del Servicio.** Es posible que cancelemos la Transferencia Externa en cualquier momento a nuestro exclusivo criterio mediante una notificación de acuerdo con la ley correspondiente. Usted puede cancelar el uso del Servicio de Transferencias Externas eliminando sus Cuentas Externas.

C. Cuenta de Ahorros. Usted puede utilizar la función de Ahorros con su Tarjeta. El uso de la función de Ahorros está regido por los Términos y Condiciones de la función misma. Los fondos transferidos hacia su Tarjeta desde la función de Ahorros están disponibles el mismo día hábil en que se complete la transferencia.

5. Cheques de Conveniencia ChekToday. Si están disponibles en su programa, puede solicitar y utilizar un Cheque de Conveniencia de ChekToday ("Cheque") para acceder a los fondos en su Cuenta. Visite www.usbankfocus.com (en inglés) o llame a Servicios para Titulares de Tarjetas al 877-474-0010 para confirmar la disponibilidad de este servicio. El uso de este servicio está limitado a Cheques a nombre de usted por el saldo total de su Cuenta. No se pueden endosar los cheques a un tercero ni autorizarse para que se paguen a un tercero. Los cheques no son válidos si no están autorizados. Los cheques que no se autoricen se rechazarán y devolverán sin pagar. Una vez que un cheque se autorice, se colocará una retención sobre los fondos para pagar el Cheque. Para solicitar una suspensión de pago de un Cheque o para obtener más información sobre cómo autorizar un Cheque, contacte a Servicios para Titulares de Tarjetas al 877-474-0010.

6. Retenciones ante Autorizaciones. Las transacciones con algunos comercios, como, por ejemplo, restaurantes, agencias de alquiler de autos, hoteles, salones, compañías de pedidos por correo postal, líneas de cruceros y estaciones de servicio en las cuales se paga en el surtidor de combustible, autorizarán un monto mayor al de su compra. Si no tiene fondos disponibles por el monto solicitado en la autorización, se rechazará su transacción. Si se autoriza la transacción, se retendrán los fondos del monto autorizado y no estarán disponibles para otras compras. El monto autorizado se retendrá hasta que la transacción se registre en su Cuenta. El registro de transacciones puede tomar generalmente hasta 10 días, a excepción de ciertas autorizaciones de viajes y hospedaje, las cuales pueden tomar hasta 21 días. En algunos casos, el monto de la autorización se retendrá aunque no complete su transacción.

7. División de Transacciones; Transacciones Anuladas; Incumplimiento

- A.** Si no tiene dinero en su Cuenta para completar una transacción en particular, puede dividir su compra entre su Tarjeta y otra forma de pago. Infórmele al cajero cuánto desea pagar primero con su Tarjeta. Si no conoce su saldo exacto, llame a servicio de atención al cliente al 877-474- 0010 para verificar su saldo antes de intentar realizar una compra. Tome en cuenta que no todos los comercios permiten dividir transacciones de esta manera.
- B.** Si usted autoriza una compra y no realiza la compra como lo planeó, el monto autorizado se retendrá hasta que se venza la autorización o hasta que el comercio libere la retención, lo cual puede tomar hasta siete días.
- C.** Ni nosotros ni ningún otro banco o empresa será responsable ante usted por no aceptar u honrar la Tarjeta.

8. No se permiten Pagos/Transferencias ACH. No intente realizar un pago o transferencia ACH desde su Cuenta utilizando el número de Cuenta en su Tarjeta (dependiendo de su programa, este número puede estar impreso en los materiales de su Tarjeta, pero es distinto al número de Tarjeta que utiliza para realizar compras ordinarias con Tarjeta). Si lo hace, es posible que cancelemos su Tarjeta y Cuenta. El número de Cuenta se utiliza únicamente para permitir depósitos directos ACH hacia su Cuenta provenientes de su Depositante.

9. Devoluciones y Reembolsos. Si autoriza alguna compra de bienes o servicios y existe algún problema o disputa con la compra, debe resolverlo directamente con el comercio involucrado. Los reembolsos y devoluciones están sujetos a las políticas del comercio o a las leyes correspondientes. Si usted tiene derecho a un reembolso por cualquier razón por algún bien o servicio obtenido con su Tarjeta, está de acuerdo en aceptar créditos en su Tarjeta en lugar de efectivo.

10. Pago. Cada vez que utilice su Tarjeta, el monto de la transacción se debitará de su Cuenta. Usted no tiene permitido exceder el saldo disponible en su Cuenta a través de ninguna compra individual o serie de compras. Sin embargo, si realiza una compra que exceda el saldo de su Cuenta (un “sobregiro”), usted será responsable enteramente por el monto de su compra que excedió el saldo en su Cuenta. También nos reservamos el derecho de debitar automáticamente dichos sobregiros a través de dinero presente en su Cuenta o de dinero que se deposite a futuro en su Cuenta o en cualquier otra cuenta que tenga con nosotros. En dicho caso, acepta ser responsable de pagarnos todos los sobregiros.

11. Uso de su Tarjeta en el Extranjero. Puede utilizar su Tarjeta para compras minoristas en comercios extranjeros (comercios fuera de los Estados Unidos) y para retiros de efectivo en ATM extranjeros que tengan el emblema del Sistema PLUS o de Visa. Las transacciones en algunos comercios y en algunos ATM, aunque usted y/o el comercio o ATM estén ubicados en los Estados Unidos, se consideran transacciones en el extranjero bajo las leyes correspondientes de Visa, y en dichos casos agregaremos a esas transacciones un “cargo por transacción en el extranjero” descrito a continuación. Nosotros no controlamos cómo se clasifican los comercios, los ATM y las transacciones para ese propósito. La tasa de cambio que está en vigor al tramitar la transacción puede diferir de la tasa que está en vigor el día de la transacción o el día en que se registre la transacción en su Cuenta. Si usted utiliza su Tarjeta en un comercio o un ATM que tenga el emblema de Visa (y no el emblema del Sistema PLUS), la transacción se procesará a través del sistema de Visa, y se convertirá a dólares estadounidenses de acuerdo con las reglas correspondientes establecidas por Visa ocasionalmente. Para las transacciones procesadas a través de Visa, la transacción en moneda extranjera se convertirá a dólares estadounidenses multiplicando el monto en moneda extranjera por (a) una tasa que Visa selecciona de un rango de tasas disponibles en el mercado de divisas al por mayor en la fecha de procesamiento central correspondiente, la cual puede variar con respecto a la tasa que Visa misma recibe; o bien, (b) la tasa vigente en la fecha de procesamiento central correspondiente que haya establecido el gobierno. Si usted utiliza su Tarjeta en un ATM que tenga únicamente el emblema del Sistema PLUS (y no el logotipo de Visa), la transacción se procesará a través del Sistema PLUS, y se convertirá a dólares estadounidenses con la tasa de cambio establecida ocasionalmente por el operador del ATM. Si usted utiliza su Tarjeta en un ATM con el logotipo tanto de Visa como del Sistema PLUS, el operador del ATM determinará si enviar su transacción a través de la red de Visa o del Sistema PLUS utilizando las reglas de conversión de moneda de dicha red que se encuentren en vigor (según lo explicado anteriormente). Es posible que cobremos un cargo por transacción en el extranjero calculado como un porcentaje del monto de su transacción. El porcentaje, si existe, aparece en la Lista de Cargos. Es posible que apliquemos el cargo por transacción en el extranjero en todas las transacciones realizadas en el extranjero, hasta en las transacciones que no se requiera convertir moneda.

12. Reglas de la Red; Fines Legales. El uso de su Tarjeta está sujeto a todas las prácticas habituales y a las reglas correspondientes de cualquier oficina de compensación u otra asociación involucrada en las transacciones. No se puede utilizar su Tarjeta con ningún fin ilegal. Usted acepta que no utilizará su Tarjeta para apuestas ilegales por internet o para ninguna transacción que sea ilegal bajo la ley correspondiente o prohibida por las reglas de la red.

13. Uso por Parte de Otros; Tarjeta Secundaria

- A.** La persona a quien se le emitió la Tarjeta y la Cuenta inicialmente es el “Titular Principal de la Cuenta”. El Titular Principal de la Cuenta es en todo momento responsable y tiene obligación de todas las transacciones, cargos y otra actividad con respecto a la Tarjeta, a la Cuenta y a cualquier Tarjeta Secundaria (según lo descrito a continuación). A excepción de solicitar una Tarjeta Secundaria (según lo descrito a continuación), usted no puede permitir que otra

persona tenga acceso a su Tarjeta o Cuenta. Si proporciona a otra persona acceso a su Tarjeta o Cuenta, usted es responsable por todas las transacciones y cargos incurridos por esta persona. Debe solicitar por escrito que anulemos el permiso a cualquier persona que usted haya autorizado previamente a utilizar su Tarjeta o a su Cuenta o a tener acceso a estas.

- B. Si su programa permite que se emita una Tarjeta adicional para acceder a su Cuenta (una "Tarjeta Secundaria"), el Titular Principal de la Cuenta puede solicitar que emitamos una Tarjeta Secundaria a una persona de confianza de 13 años de edad o mayor (el "Titular de Tarjeta Secundario"). Nos reservamos el derecho a rechazar cualquier solicitud de Tarjeta Secundaria. El Titular Principal de la Cuenta es en todo momento responsable y tiene obligación de todas las transacciones, cargos y otra actividad con respecto a la Tarjeta Secundaria. El titular de la Tarjeta Secundaria puede reportar la Tarjeta como extraviada o robada. El Titular de la Tarjeta Secundaria no puede solicitar Tarjetas adicionales para acceder a la Cuenta, pero con respecto a otros asuntos puede tener la misma habilidad que el Titular Principal de la Cuenta a acceder a información para tomar decisiones respecto a la Tarjeta o a la Cuenta. Nos reservamos el derecho a nuestra discreción de solicitar que el Titular Principal de la Tarjeta realice o apruebe ciertas decisiones. Si desea dar cese a la autoridad del Titular de Tarjeta Secundario, debe llamarnos al 877-474-0010 para solicitar que se revoque el acceso del Titular de Tarjeta Secundario a su Cuenta. El Titular Principal de la Tarjeta continuará siendo responsable de todas las transacciones, cargos y otra actividad que resulte por el continuo uso de la Tarjeta Secundaria, a menos que usted solicite que cancelemos todas sus Tarjetas y emitamos una Tarjeta de reemplazo para usted. Es posible que se aplique un cargo por reemplazo de Tarjeta. Consulte la Lista de Cargos para obtener detalles. Para dar cese a la Tarjeta Secundaria es posible que se requiera que cancelemos todas sus Tarjetas. Así como con todas las cancelaciones de tarjetas, usted no tendrá acceso a su Cuenta hasta que usted reciba y active una Tarjeta de reemplazo. En la medida que lo permita la ley, usted también es responsable y tiene obligación por todos los costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, en los que incurramos al aplicar las reglas que rigen la Tarjeta Secundaria.

CARGOS DE TARJETA Y LÍMITES DE TRANSACCIONES

14. Cargos y Límites de Transacciones; Cargos Tercerizados

- A. En ciertas situaciones, se le cobrarán cargos por utilizar su Cuenta. Le cobraremos y usted acepta pagar las tarifas y cargos (colectivamente los "Cargos") descritos en la Lista de Cargos incluida con su Tarjeta y que se puso a su disposición antes o durante su inscripción al programa de la Tarjeta. Los cargos se deducirán automáticamente del saldo disponible de la Cuenta. Cada vez que el saldo de su Cuenta sea inferior al monto del cargo que se aplique, el saldo de su Cuenta se aplicará al monto del cargo. Los montos de cargos adeudados se acumularán y se deducirán después de su siguiente depósito.
- B. Se puede incurrir en cargos de terceros debido a ciertas maneras de utilizar o acceder a su Cuenta, como cargos del proveedor de telefonía móvil por enviar o recibir mensajes de texto o por los datos utilizados al acceder a la información contenida en la Aplicación Móvil o a través de esta, o tarifas cobradas por los propietarios de los ATM fuera de la red.
- C. Existen varias maneras de acceder a los fondos en su Cuenta sin incurrir en cargos. Los retiros de fondos en los ATM dentro de la red en el país siempre son gratuitos. Además, los retiros de fondos con personal de ventanilla hasta el total de su sueldo neto son gratuitos en cualquier banco que sea miembro de la red de Visa. También puede utilizar su Tarjeta para realizar compras y pagar facturas en cualquier lugar donde se acepten las tarjetas prepagadas Visa, y muchos comercios permiten reembolsos en efectivo sin cargo junto con sus compras.
- D. Los tipos de transacciones disponibles y las limitaciones de transacciones correspondientes aparecen en la tabla de límites de transacciones ("Límites de Transacciones" o "Limitaciones a las Transacciones") a continuación de su Lista de Cargos. En cuanto a los límites que se aplican "por día", un "día" es un período renovable de 24 horas. Por razones de seguridad, es posible que existan límites adicionales en el monto, cantidad o tipo de transacciones que puede realizar utilizando la Tarjeta o la Cuenta.
- E. Los Cargos y los Límites de Transacciones están incorporados en este Contrato como referencia y están sujetos a cambios ocasionales. Recibirá un aviso previo sobre cambios a los Cargos y Límites de Transacciones en la medida que lo exijan las leyes correspondientes. Es posible que reciba una copia de la Lista de Cargos y los Límites de Transacciones llamando gratuitamente al 877-474-0010, o puede verlos en línea en www.usbankfocus.com (en inglés).

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN DE LA CUENTA

15. Información de la Cuenta

- A. Si ha acordado que se realicen depósitos en su tarjeta, incluidos aquellos a través de depósito directo, puede revisar la información sobre su Cuenta, incluidos depósitos provenientes de su Financiado, en línea en www.usbankfocus.com (en inglés), en la Aplicación Móvil o llamándonos al 877-474-0010 para saber si se ha realizado algún depósito o no.
- B. Puede obtener saldos de la Cuenta y revisar Actividad de la cuenta visitando www.usbankfocus.com (en inglés), accediendo a la Aplicación Móvil o llamando al 877-474-0010. Puede acceder a un historial de 12 meses de transacciones de la Cuenta en línea en www.usbankfocus.com (en inglés). El estado de cuenta describirá toda la Actividad de la cuenta durante el período del estado de cuenta.

- C. También tiene el derecho a obtener un historial impreso de 24 meses de las Transacciones de la cuenta, estados de cuenta impresos mensuales recurrentes y/o un estado de cuenta impreso de un solo mes visitando www.usbankfocus.com (en inglés), llamando al 877-474-0010. o escribiéndonos a Focus Card Services, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255. No se le cobrarán cargos por esta información.
- D. Puede obtener un recibo al momento de realizar cualquier transferencia desde o hacia su Cuenta utilizando un ATM o una terminal de punto de venta.

16. Información de Contacto y Días Hábiles y Horario. Para preguntas generales por correo postal, escríbanos a: Focus Card Services, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255. Para preguntas sobre el servicio y/o para reportar su Tarjeta como robada o extraviada, llame al 877-474-0010 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestros días hábiles son de lunes a viernes. No se incluyen los días feriados.

17. Alertas Móviles. Puede inscribirse para recibir o administrar notificaciones electrónicas ("Alertas") relacionadas con su Cuenta en línea en www.usbankfocus.com (en inglés), a través de la Aplicación Móvil o llamando al 877-474-0010. Las Alertas se enviarán a través de SMS y/o mensaje de texto a un teléfono móvil, dispositivo de mano o inalámbrico o por correo electrónico asignado a usted. Este servicio le permite solicitar y recibir ciertos mensajes sobre su Cuenta. Puede elegir recibir Alertas relacionadas a transacciones específicas en su Cuenta. Una vez que haya iniciado sesión, puede elegir qué Alertas desea recibir y un número limitado de direcciones electrónicas (dichas direcciones electrónicas pueden incluir direcciones de correo electrónico y cualquier dispositivo que acepte mensajes de texto) a las cuales se enviarán las Alertas. Las Alertas se enviarán cada día, en diferentes horarios, cuando ocurran transacciones que cumplan los requisitos que usted especificó. Usted comprende y acepta que las alertas no se enviarán en "tiempo real", sino que se enviarán en el siguiente horario de entrega programado después de que ocurra la transacción específica. Nos reservamos el derecho de cambiar la frecuencia o los intervalos de las Alertas en cualquier momento y de manera ocasional. Las Alertas no tienen la intención de reemplazar a sus Estados de cuenta ni ninguna otra comunicación que le proporcionemos acerca de su Cuenta. Usted es responsable de todos los teléfonos y cualquier otro equipo, software y servicios necesarios para recibir las Alertas, y usted debe proveerlos. Al inscribirse para recibir Alertas y proveernos su número de teléfono celular, usted acepta recibir mensajes SMS relacionados con las Alertas. Es posible que se apliquen cargos de mensajería y datos de parte de su proveedor de telecomunicaciones, y usted es responsable de cualquiera de dichos cargos. En caso de que le roben o extravíe su dispositivo móvil o celular inscrito, usted acepta actualizar su información de inscripción y realizar los cambios apropiados para deshabilitar el uso de dicho dispositivo. Usted acepta notificarnos sobre cualquier cambio a sus direcciones electrónicas para asegurar la entrega continua de sus Alertas. Usted comprende que existen riesgos relacionados con el uso de un dispositivo móvil y que en caso de robo o extravío, su información confidencial puede verse comprometida. No somos responsables por ninguna falla por parte del proveedor de sus telecomunicaciones, internet y/o correo electrónico para poder habilitar apropiadamente la recepción de sus Alertas.

PAGOS PREAUTORIZADOS Y ERRORES

18. Pagos Previamente Autorizados

- A. *Derecho a suspender pagos y procedimiento para hacerlo.* Si tiene pagos preautorizados con su Tarjeta, puede suspender cualquiera de estos pagos. Hazlo de esta manera: Llámenos al 877-474-0010 o escríbanos a Focus Card Services, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 con suficiente tiempo para que recibamos su solicitud tres días hábiles o más antes de la fecha programada para realizarse el pago. Su solicitud debe incluir la información necesaria para identificar el pago preautorizado. Si llama, es posible que también le solicitemos que presente su solicitud por escrito y nos la envíe en un plazo de 14 días después de su llamada.
- B. *Notificación de montos variables.* Si estos pagos regulares varían en monto, la persona a quien le esté pagando le comunicará cuándo se realizará el pago y por qué monto 10 días anteriores a cada uno de estos pagos. A cambio, puede optar por recibir este aviso solo cuando el pago difiriera del pago anterior por más de cierto monto, o cuando el monto exceda ciertos límites que usted haya establecido.
- C. *Responsabilidad por no suspender el pago de una transferencia preautorizada.* Si usted nos ordena suspender un pago tres días hábiles o más antes de la fecha en que esté programada la transferencia y no lo hacemos, nosotros seremos responsables por sus pérdidas o daños.

19 Contacto en Caso de Pérdida, Extravío o Uso No Autorizado; Su Responsabilidad en Transacciones No Autorizadas

- A. Infórmenos DE INMEDIATO si cree haber extraviado o que le robaron su Tarjeta o PIN, o si cree que se ha realizado una transferencia electrónica de fondos sin su consentimiento. Una llamada telefónica es la mejor manera de notificarnos y minimizar posibles pérdidas. Puede contactarnos gratuitamente al 877-474-0010 o escribirnos a Focus Card Services, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255. Si extravió su Tarjeta o si se la robaron, cancelaremos su Tarjeta.
- B. Cero Responsabilidad. Por lo general, usted está protegido de toda obligación por transacciones no autorizadas. Sin embargo, si no nos informa dentro de 60 días después de la primera fecha en que haya accedido a su cuenta electrónicamente (si la transacción se puede ver en su historial electrónico) o de la fecha en que enviemos el primer

estado de cuenta o historial de transacciones en el cual aparezca la transferencia no autorizada, usted no podrá recuperar ningún dinero que haya perdido después de los 60 días si podemos comprobar que pudimos haber evitado que alguien tomara el dinero si nos lo hubiera informado a tiempo. Por otro lado, es posible que requiramos que reporte la o las transacciones no autorizadas u otros errores dentro de 120 días después de que la transferencia o transacción que se considere errónea se haya acreditado o debitado de su Cuenta.

- C. Si un motivo justificado (como un viaje largo o estar internado en un hospital) impidió que nos informara, extenderemos los plazos.

20. Sus Derechos para Disputar Errores

- A. En caso de errores o preguntas sobre su Tarjeta, llame al 877-474-0010 o escriba a Focus Card Services, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255, tan pronto como pueda si cree que su estado de cuenta, historial de transacciones o recibo está erróneo o si necesita más información sobre una transacción listada en el estado de cuenta, historial de transacciones o recibo. Debemos permitir que reporte el error hasta 60 días después de la primera fecha en que acceda a su Cuenta de manera electrónica (si su historial electrónico mostró el error) o de la fecha en que enviemos el PRIMER historial impreso en el que aparezca el error. Por otro lado, es posible que requiramos que reporte la o las transacciones no autorizadas u otros errores dentro de 120 días después de que la transferencia o transacción que se considere errónea se haya acreditado o debitado de su Cuenta. Puede solicitar un historial impreso de sus transacciones en cualquier momento llamándonos al 877-474-0010 o escribiéndonos a Focus Card Services, P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255.
- B. Deberá proporcionarnos:
- (i) Su nombre y su número de Tarjeta;
 - (ii) El monto en dólares del supuesto error;
 - (iii) Aproximadamente cuándo ocurrió el error; y
 - (iv) Describa el error o la transacción sobre la cual tiene dudas y explique lo más claramente posible por qué cree que se trata de un error o por qué necesita información adicional.
- C. Si nos provee la información verbalmente, es posible que solicitemos que nos envíe su queja o pregunta por escrito en un plazo de 10 días hábiles después de hablar con nosotros.
- D. En un plazo de 10 días hábiles después de hablar con usted, determinaremos si se produjo algún error y lo corregiremos de inmediato. Sin embargo, si necesitamos más tiempo, puede tomarnos hasta 45 días investigar su queja o pregunta. Si decidimos hacer esto, acreditaremos provisionalmente su Cuenta dentro de 10 días hábiles por el monto que usted considera erróneo para que pueda hacer uso del dinero durante el tiempo que nos tome completar nuestra investigación. Si le solicitamos que presente su queja o pregunta por escrito y no la recibimos en un plazo de 10 días hábiles, es posible que no acreditemos el dinero a su Cuenta hasta que la investigación se complete, pero aún investigaremos su queja o pregunta. Para los errores que implican nuevas Tarjetas (abiertas en un plazo menor a 30 días) y transacciones iniciadas en el extranjero o en puntos de venta, es posible que nos tome hasta 90 días en investigar su queja o pregunta. Para las nuevas Tarjetas, es posible que tome hasta 20 días hábiles acreditar provisionalmente a su Tarjeta el monto que considera erróneo. Le informaremos los resultados en un plazo de tres días hábiles después de completar nuestra investigación.
- E. Si decidimos que no hubo un error, le enviaremos una explicación por escrito en un plazo de tres días hábiles después de finalizar nuestra investigación. Puede solicitar copias de los documentos utilizados en nuestra investigación. Si le emitimos un crédito provisional y no hubo un error, el monto de dicho crédito se restará de su Tarjeta. Le proporcionaremos un aviso previo sobre el monto y la fecha en que ese crédito se debitará de su Tarjeta.
- F. Si necesita más información sobre nuestros procedimientos de resolución de errores, llámenos al número telefónico mencionado anteriormente.

21. Nuestra Responsabilidad. Si no completamos una transferencia a o de su Cuenta a tiempo o por el monto correcto de acuerdo con nuestro contrato con usted, seremos responsables por sus pérdidas o daños con algunas excepciones. No seremos responsables, por ejemplo, en los siguientes casos:

- (i) Si, no por culpa nuestra, usted no tiene suficiente dinero en su Cuenta para realizar la transferencia.
- (ii) Si el cajero automático en el cual realiza la transferencia no tiene suficiente efectivo.
- (iii) Si el sistema de la terminal no funcionaba correctamente y usted se percató de ello cuando inició la transferencia.
- (iv) Si circunstancias fuera de nuestro control (como un incendio o una inundación) evitaron que se realizara la transferencia, a pesar de las precauciones razonables que hayamos tomado.
- (v) Es posible que existan otras excepciones establecidas en nuestro contrato con usted.

OTROS TÉRMINOS IMPORTANTES

22. Adenda, Cese y Otros Derechos

- A. En cualquier momento podemos cambiar o cesar estos términos y condiciones o transferir nuestros derechos bajo este Contrato. No renunciamos a nuestros derechos en ningún momento por demorarnos en el ejercicio de estos o por dejar de ejercerlos. Si alguna orden judicial encuentra que algún término de este Contrato es ilegal o no aplicable;

todos los demás términos aún permanecerán en efecto. Consulte www.usbankfocus.com (en inglés) para obtener la versión más actual de este Contrato. Se le notificará sobre cualquier cambio a través del método exigido por la ley correspondiente. Sin embargo, si el cambio se realiza por razones de seguridad, podemos implementar dicho cambio sin previo aviso. Es posible que en cualquier momento cesemos o suspendamos este Contrato o cualquier función o servicio de la Tarjeta descritos en el presente.

- B. Los términos, condiciones y cargos relacionados con su Cuenta no cambian automáticamente al finalizar su empleo con el Patrocinador.
- C. Puede cerrar su Cuenta en cualquier momento sin incurrir en ningún cargo. El cese o cierre de la Cuenta, ya sea por parte suya o nuestra, no afectará las transacciones u obligaciones previas, existentes en el momento del cese, que estén relacionadas con su Cuenta.
- D. Es posible que ocasionalmente monitoreemos llamadas telefónicas que realice con nosotros o nuestros agentes.

23. Divulgación de Información sobre la Tarjeta. Divulgaremos información a terceros acerca de su Tarjeta y de su Cuenta o de las transferencias que usted realice: (i) cuando sea necesario para completar transferencias; (ii) para que un tercero verifique la existencia y la condición de su Cuenta, como una agencia de informes de crédito o un comercio; (iii) para cumplir con órdenes judiciales o de organismos gubernamentales; o (iv) según de otro modo lo permita la ley correspondiente; o bien, (v) si usted nos da su permiso por escrito.

24. Información del Programa. Usted está eligiendo participar en el programa de la Tarjeta Focus ofrecido por su Patrocinador, el cual puede discontinuarse en algún momento en el futuro. Si el programa se discontinúa, se le notificará con anticipación y se le proporcionará información sobre cómo recibir pagos futuros a través de un método alternativo. Este programa lo provee U.S. Bank National Association, quien puede contactarle ocasionalmente sobre este programa u otros servicios relacionados con este programa.

25. Papel de su Patrocinador o Depositante

- A. Su Patrocinador es responsable de proporcionarle información sobre sus opciones de pago y es posible que se le exija proveer información adicional sobre la Cuenta o sobre sus opciones de pago en virtud de la ley correspondiente. Su Patrocinador también es responsable de proporcionarnos información sobre usted para abrir su Cuenta, la cual puede incluir su nombre, fecha de nacimiento, dirección física y/o estado laboral. Si finaliza la relación con su Patrocinador, los términos, condiciones y cargos relacionados con su Cuenta no cambian automáticamente.
- B. Su Financiador es responsable de transferir los fondos a nosotros para depositarlos en su Cuenta. Estos fondos nos los transferirá su Financiador y nosotros los depositaremos en su Cuenta de acuerdo con la frecuencia acordada entre su Financiador y nosotros. No tenemos ninguna obligación con usted en caso de que su Financiador demore o falle en proveer los fondos a su Cuenta.
- C. Su Financiador puede retener el derecho de deducir fondos de la Cuenta para corregir errores o pagos excesivos hacia usted por error o por alguna otra razón. A través del presente, usted nos autoriza a aceptar las instrucciones de su Financiador para acreditar o debitar fondos desde su Cuenta y, en el caso de débitos, a devolver esos fondos a su Financiador. Si tiene alguna disputa con su Financiador sobre el monto que deposite el Financiador o sobre las deducciones de su Cuenta, usted acepta no involucrarnos en la disputa y resolver dicha disputa únicamente con su Financiador.
- D. Usted confirma y acepta que, a excepción de lo establecido en esta sección, usted no responsabilizará a su Patrocinador ni a su Depositante de ninguna reclamación relacionada con este Contrato.

26. Política de Contacto por Teléfono Celular. 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 fines que no sean de marketing. Es posible que las llamadas y mensajes incurran en cargos de acceso por parte de su proveedor de telefonía celular.

27. RESOLUCIÓN DE DISPUTAS POR ARBITRAJE

Los términos en este artículo 27 se aplican a todos los Titulares de Tarjetas que recibieron el Contrato para Titulares de Tarjetas de U.S. Bank Focus con número de referencia 05870-30-101 o mayor cuando se abrió inicialmente su Cuenta de Tarjeta. El número de referencia se puede localizar inmediatamente arriba del título del Contrato para Titulares de Tarjetas. Todos los demás Titulares de Tarjeta continúan sujetos a la Sección de Arbitraje del Contrato para Titulares de Tarjetas de U.S. Bank Focus con referencia 05870-30-44, el cual se muestra más adelante en el Artículo 28.

LEA ESTA CLÁUSULA DETENIDAMENTE. BAJO ESTA CLÁUSULA, USTED RENUNCIA A SUS DERECHOS A TRATAR CUALQUIER RECLAMACIÓN CON COBERTURA EN UN TRIBUNAL ANTE UN JUEZ O UN JURADO Y A ENTABLAR CUALQUIER DEMANDA COLECTIVA U OTRA ACCIÓN REPRESENTATIVA O A PARTICIPAR EN ELLA.

La siguiente cláusula se aplica a cualquier reclamación, motivo de acción, procedimiento legal o cualquier otra disputa entre usted, por un lado, y nosotros, nuestras respectivas empresas matrices, subsidiarios, afiliados, agentes, empleados, antecesores en derecho, representantes personales, herederos y/o sucesores y asignados, por otro lado (cada uno un "Reclamante" según se define más adelante bajo el título "Reclamaciones Cubiertas por Arbitraje"), incluidas todas las cuestiones de derecho y de hecho relacionadas con este asunto.

A. Acuerdo de Arbitraje

Tanto usted como nosotros podemos elegir por escrito y sin el consentimiento del otro, arbitrar todas las Reclamaciones cubiertas en esta cláusula.

B. Reclamaciones Cubiertas por Arbitraje

Las reclamaciones sujetas a nuestro acuerdo a arbitraje deben incluir todo lo siguiente: (i) Reclamaciones relacionadas con este Contrato o que surjan a partir del mismo o con o a partir de cualquier versión anterior o posterior de este Contrato, así como cualquier cambio a los términos de este Contrato; (ii) Reclamaciones relacionadas con o que surjan a partir de cualquier aspecto de cualquier relación entre nosotros que esté regida por el Contrato de esta cuenta, ya sea con base en este contrato, agravio, estatuto, regulación o cualquier otra teoría legal; y (iii) Reclamaciones relacionadas con la construcción, alcance, aplicabilidad u obligatoriedad de esta cláusula de arbitraje. Las Reclamaciones incluyen Reclamaciones que hayan surgido antes de celebrar este Contrato (como las Reclamaciones relacionadas con publicidad) y después del cese de este Contrato.

C. Reclamaciones No Cubiertas por Arbitraje

Las Reclamaciones sujetas a nuestro acuerdo de arbitraje no incluyen ninguna Reclamación que usted presente en un tribunal de menor cuantía, mientras que la Reclamación permanezca en dicho tribunal y únicamente avance a reclamación individual para desagravio.

D. Inicio de un Arbitraje

La parte que inicia el arbitraje debe elegir uno de los siguientes foros de arbitraje para administrar el arbitraje:

- La Asociación Americana de Arbitraje (en este Artículo J, "AAA" [American Arbitration Association]) bajo las Reglas de Arbitraje para Consumidores de la AAA, excepto en la medida de lo modificado por el Contrato de esta cuenta. Las Reglas de la AAA se pueden obtener en www.adr.org (en inglés) o llamando gratuitamente al 800-778-7879.
- Servicios Judiciales de Arbitraje y Mediación (Judicial Arbitration and Mediation Services, JAMS)/Endispute ("JAMS") bajo las Reglas y Procedimientos Generales de Arbitraje de JAMS o las Reglas y Procedimientos Abreviados de Arbitraje de JAMS, incluidas las Normas Mínimas del Consumidor de JAMS, a excepción de según lo modifique el Contrato de esta cuenta. Los Procedimientos de Demanda Colectiva de JAMS no se aplicarán. Las Reglas de JAMS se pueden obtener en www.jamsadr.com (en inglés) o llamando gratuitamente al 1-800-352-5267.

Si, por alguna razón, el foro de arbitraje elegido no puede prestar servicio, entonces las partes pueden acordar una organización sustituta comparable. Si las partes no pueden llegar a un acuerdo, entonces un tribunal de jurisdicción competente puede designar la organización sustituta.

E. Procedimiento de Arbitraje

El arbitraje lo debe decidir un solo árbitro neutral elegido de acuerdo con las reglas de AAA o de JAMS, según corresponda. El árbitro decidirá la disputa de acuerdo con los términos de nuestro Contrato y la ley sustantiva correspondiente, incluidas la Ley de Arbitraje Federal (Federal Arbitration Act) y la ley de prescripción correspondiente. El árbitro debe reconocer las reclamaciones de exención reconocidas por la ley. El árbitro puede conceder una indemnización por daños y perjuicios u otra reparación (incluido el desagravio por mandato judicial) disponible al reclamante individual bajo la ley correspondiente. El árbitro no tendrá la autoridad de otorgar reparación a favor o en contra de ninguna persona o entidad que no sea parte del arbitraje. El árbitro tomará medidas razonables para proteger la información de la cuenta del cliente, además de otra información privilegiada o confidencial. Cualquier audiencia de arbitraje deberá llevarse a cabo en un distrito jurídico federal que incluya su dirección de vivienda, a menos que usted y nosotros acordemos por escrito una ubicación distinta o que el árbitro la ordene. Si todas las Reclamaciones son por \$10,000 o menos, usted puede elegir si el arbitraje se llevará a cabo únicamente con base en documentos presentados por el árbitro, a través de una audiencia telefónica o a través de una audiencia en persona de acuerdo con las reglas de AAA o de JAMS.

A petición suya o nuestra, el árbitro emitirá por escrito una decisión motivada suficiente que explique los resultados esenciales y las conclusiones en las cuales se basa el laudo. El laudo arbitral debe ser definitivo y vinculante, sujeto a revisión judicial únicamente en la medida que se permita bajo la Ley de Arbitraje Federal. Usted o nosotros podemos pedir que el laudo se anule o confirme y que se registre como un veredicto en cualquier corte que tenga jurisdicción.

F. Sin Demanda Colectiva ni Unión de Partes

Usted y nosotros acordamos que no se pueden entablar a través del arbitraje demandas colectivas, reclamaciones con abogado de interés público (private attorney general) ni otras reclamaciones con representación, ni tampoco se puede entablar dicha acción en un tribunal si usted o nosotros optamos por el arbitraje. A menos que sea de mutuo acuerdo entre usted y nosotros, las Reclamaciones de dos o más personas no pueden unirse, consolidarse o presentarse juntas en el mismo arbitraje (a menos que esas personas sean titulares conjuntos de cuenta o beneficiarios en su cuenta y/o cuentas relacionadas, o que sean partes de una sola transacción o transacción relacionada). Si el árbitro determina que este párrafo específico es inaplicable, entonces toda esta cláusula se considerará nula o cancelada.

G. Costos de Arbitraje

A menos que las reglas de arbitraje correspondientes en el momento de presentar la Reclamación sean más favorables para usted, adelantaremos (i) todos los costos de arbitraje en un arbitraje que nosotros iniciemos, y (ii) los primeros \$2,500 de cargos de presentación, administración del arbitraje y honorarios del árbitro en un arbitraje que usted inicie. En la medida que lo permitan la ley correspondiente y nuestros contratos, el árbitro puede otorgar costos de arbitraje y honorarios de abogados a la parte ganadora.

H. Ley Aplicable

Usted y nosotros acordamos que usted y nosotros estamos participando en transacciones que involucran comercio interestatal y que esta cláusula y cualquier arbitraje resultante están regidos por la Ley Federal de Arbitraje. En la medida que la ley estatal corresponda, se aplicarán las leyes del estado que gobierne la relación de su cuenta. No se podrá aplicar ningún estatuto estatal al arbitraje.

I. Divisibilidad

A excepción de que esta cláusula lo señale de manera diferente, si el árbitro considera cualquier parte de esta cláusula no válida o inaplicable, esa parte se separará del resto de esta cláusula y el resto de la cláusula se aplicará.

28. Cláusulas de Arbitraje

Los términos en este artículo 28 se aplican a todos los Titulares de Tarjetas que recibieron el Contrato para Titulares de Tarjetas de U.S. Bank Focus con número de referencia 05870-30-44 o menor cuando se abrió inicialmente su Cuenta de Tarjeta. El número de referencia se puede localizar inmediatamente arriba del título del Contrato para Titulares de Tarjetas. Todos los demás Titulares de Tarjeta están sujetos al Artículo 27 de este Contrato.

- A.** Este artículo no se aplica a ninguna disputa en la cual el monto en controversia esté dentro de los límites jurisdiccionales de un tribunal de menor cuantía en el cual se presente el caso. Esta Cláusula de Arbitraje no podrá aplicarse a ninguna parte que sea un prestatario cubierto bajo la Ley de Préstamos para Militares (Military Lending Act, MLA). Estas cláusulas de arbitraje sobrevivirán el cierre de su cuenta o cese de todas las relaciones de negocios con nosotros. Si cualquier cláusula de este artículo se considera no válida o inaplicable, este artículo se considerará nulo o cancelado en su totalidad.
- B.** Reglas de Arbitraje: En caso de una disputa relacionada con su cuenta o con este Contrato o que surja a raíz de estos, usted o nosotros podemos elegir solucionar la disputa por arbitraje. Por elección suya, el arbitraje debe conducirlo JAMS o la Asociación Americana de Arbitraje (American Arbitration Association, "AAA") (o si ninguna de estas organizaciones de arbitraje sirve, entonces una organización de arbitraje sustituta comparable en la que acuerden las partes, o si las partes no pueden acordar en una, aquella que un tribunal o jurisdicción competente elija). Si se elige JAMS, el arbitraje se manejará de acuerdo con las Reglas Abreviadas de Arbitraje, a menos que la Reclamación sea de \$250,000.00 o más, en cuyo caso se aplicarán sus Reglas Generales de Arbitraje. Si se elige AAA, el arbitraje se manejará de acuerdo con las Reglas de Arbitraje Comercial. Puede obtener las reglas y formularios de JAMS contactando a JAMS al 1.800.352.5267 o en www.jamsadr.com (en inglés), y los de AAA contactando a AAA al 1.800.778.7879 o en www.adr.org (en inglés). Cualquier audiencia de arbitraje a la cual asista se llevará a cabo en el distrito judicial federal en el cual resida. Sin importar el organismo de arbitraje que se elija para resolver la disputa, cualquier disputa entre usted y nosotros en cuanto a si su reclamación queda al alcance de esta cláusula de arbitraje debe de determinarlo únicamente el árbitro, mas no ningún tribunal.
- C.** Proceso de Arbitraje: El arbitraje consta de una revisión y resolución de la disputa por una parte neutral. La decisión del árbitro generalmente será definitiva y vinculante. A petición suya, respecto a las reclamaciones realizadas en cuentas del consumidor, nosotros avanzaremos sus cargos por presentación y audiencia de cualquier reclamación que pueda presentar en contra nuestra; el árbitro decidirá si nosotros o usted seremos finalmente responsables de esos cargos. El arbitraje únicamente puede decidir su o nuestra disputa y no puede consolidar o unir reclamaciones de otras personas que tengan reclamaciones similares. No existirá ninguna autoridad o derecho de ninguna disputa que se resuelva por arbitraje con base en una demanda colectiva.
- D.** Efectos de Arbitraje: Si alguno de nosotros elige arbitraje, ninguno de nosotros tendrá derecho de litigar la disputa en un tribunal o en un juicio por jurado. Además, usted no tendrá derecho a participar como un representante o miembro de ninguna demanda colectiva de reclamantes o en ninguna otra forma de capacidad representativa que busque

desagravios monetarios o de otro tipo más allá de sus circunstancias individuales, pertenecientes a cualquier disputa sujeta a arbitraje. No existirá ninguna autoridad de ninguna reclamación que se resuelva por arbitraje en una demanda colectiva u otra forma con bases representativas. El arbitraje puede únicamente decidir su o nuestra reclamación, y usted no puede consolidar o unir las reclamaciones de otras personas que puedan tener reclamaciones similares, incluidas, entre otras, reclamaciones de desagravio público por mandato judicial u otro desagravio equitativo a otros de nuestros clientes o miembros del público en general. Cualquiera de tales desagravios monetarios, por mandato judicial u otro desagravio equitativo deberán limitarse únicamente a sus cuentas, contratos y transacciones con nosotros. No obstante lo mencionado anteriormente, cualquier pregunta en cuanto a la validez y efecto de esta exención a demanda colectiva la deberá decidir únicamente un tribunal de jurisdicción competente mas no el árbitro.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, podrían estar disponibles solamente en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

La Tarjeta Focus es emitida por U.S. Bank National Association de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc.
© 2024 U.S. Bank. Miembro FDIC.

Los servicios podrían estar disponibles solamente en inglés.

Usted tiene opciones con respecto a cómo recibir sus pagos, incluidos el depósito directo en su cuenta bancaria o esta tarjeta prepagada. Consulte a su empleador sobre las opciones disponibles y seleccione su opción.			
Cargo mensual \$0	Por compra \$0	Retiro de fondos en ATM \$0 dentro de la red \$2.00 fuera de la red	Recarga de efectivo \$5.95*
Consulta de Saldo en ATM (dentro o fuera de la red)		\$0	
Servicio de Atención al Cliente (automatizado o representante en vivo)		\$0 por llamada	
Inactividad (después de 365 días sin transacciones)		\$2.00* por mes	
Cobramos otros 3 tipos de cargos.			
*Este cargo puede ser menor o puede cobrarse de manera diferente, dependiendo de cómo y dónde se utilice esta tarjeta y del estado en el que resida o trabaje. Consulte la Lista de Cargos para conocer maneras gratuitas de acceder a sus fondos e información sobre su saldo. Sin prestación de sobregiro/crédito. Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC. Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid (en inglés). Encuentre detalles y condiciones de todos los cargos y servicios consultando el paquete de la tarjeta, llamando al 1-877-474-0010 o visitando usbankfocus.com (en inglés).			

Todos los cargos	Monto	Detalles
Agregar dinero		
Recarga con Cheque	5% o mínimo de \$5.00	Este cargo no es nuestro y está sujeto a cambios. Se puede aplicar un cargo de hasta el 5% del valor del cheque cuando cobre un cheque para depositarlo en su tarjeta en Ingo Money. Money in Minutes: 2% (cheques preimpresos de nómina o de gobierno) o 5% (todos los demás cheques), mínimo de \$5.00. Dinero en 10 Días: sin cargo. El cargo se deduce del valor del cheque. Visite ingomoney.com (en inglés) para obtener más información.
Recarga de Efectivo – Visa Readylink	Según el comercio minorista	Es posible que se apliquen cargos de terceros cuando recargue su tarjeta en una red Visa Readylink. Este cargo se paga a un tercero en el momento de la recarga. Visite usa.visa.com/pay-with-visa/cards/services-locator.html (en inglés) para encontrar ubicaciones.
Recarga de Efectivo – GreenDot®	\$5.95	Este cargo no es nuestro y está sujeto a cambios. Es posible que se aplique un cargo de \$5.95 cuando recargue su tarjeta en GreenDot. Este cargo se paga a un tercero en el momento de la recarga. Visite greendot.com (en inglés) para obtener más información.
Retiros de efectivo		
Retiro de Fondos en ATM (dentro de la red)	\$0	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. “Dentro de la red” se refiere a las redes de ATM de U.S. Bank, MoneyPass® y Allpoint®. Puede encontrar ubicaciones en usbank.com/locations (en inglés), moneypass.com/atm-locator.html (en inglés) y allpointnetwork.com (en inglés).
Retiro de Fondos en ATM (fuera de la red)	\$2.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. “Fuera de la red” se refiere a todos los ATM que se encuentran fuera de las redes de ATM de U.S. Bank, MoneyPass y Allpoint. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Retiro de Efectivo con Personal de Ventanilla	\$0	Este es nuestro cargo por realizar un retiro de fondos en efectivo desde su tarjeta con la ayuda del personal de ventanilla en un banco o cooperativa de crédito que acepte Visa®.
Uso de su tarjeta fuera de los EE. UU.		
Transacción Internacional	3%	Este es el cargo que cobramos y que se aplica al uso de su tarjeta para compras en comercios extranjeros y por retiros de efectivo en ATM extranjeros y es un porcentaje del monto en dólares de la transacción después de cualquier conversión de moneda. Algunas transacciones, aunque usted y/o el comercio o ATM estén ubicados en los Estados Unidos, se consideran transacciones en el extranjero conforme a las reglas correspondientes de la red, y nosotros no tenemos control sobre cómo se clasifican estos comercios, ATM y transacciones para este fin. Los cargos por compras internacionales no se cobran a los trabajadores de Connecticut, Illinois, New

		York y Pennsylvania.
Retiro de Fondos en ATM Internacional	\$3.00	Este es nuestro cargo por cada retiro de fondos. El operador del ATM también puede cobrarle un cargo, incluso si no termina de realizar la transacción.
Otros		
Reemplazo de Tarjeta	\$5.00	Este es nuestro cargo por el reemplazo de su tarjeta, ya sea con servicio de entrega estándar (hasta 10 días hábiles) o si se la proporciona su empleador/patrocinador. No cobramos este cargo por el primer reemplazo de su tarjeta en un período de 12 meses. Este cargo se cobrará por cada reemplazo adicional durante los mismos 12 meses. Este cargo no se cobra a los trabajadores de Connecticut, Hawaii y Pennsylvania.
Reemplazo de Tarjeta con Entrega Expresa	\$10.00	Este es nuestro cargo por entrega expresa (hasta 3 días hábiles), adicional a cualquier cargo por Reemplazo de Tarjeta.
Reemplazo de Tarjeta con Entrega al Día Siguiente	\$20.00	Este es nuestro cargo por entrega al día siguiente, adicional a cualquier cargo por Reemplazo de Tarjeta.
Inactividad	\$2.00	Este es nuestro cargo por mes si no ha realizado una transacción con su tarjeta durante 365 días consecutivos. Para los trabajadores de Connecticut, Illinois y Pennsylvania, este cargo no se cobrará por los primeros 12 meses de inactividad (de acuerdo con transacciones iniciadas por el titular de tarjeta que modifiquen el saldo). Para residentes de Texas, este cargo no se cobrará después de un año de inactividad. Este cargo no se cobra a los trabajadores de Minnesota, New York y Montana. Para los trabajadores de Hawaii, las cuentas que tengan un saldo de \$0.00 y que no tengan actividad durante más de 6 meses se cerrarán.
Otros Cargos de Terceros	Según el proveedor	Algunos proveedores de servicios externos, como los servicios de pago entre personas o los proveedores de billetera móvil, pueden cobrarle un cargo por utilizar su tarjeta para realizar pagos.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, podrían estar disponibles solamente en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

Sus fondos son elegibles para el seguro FDIC hasta \$250,000. El seguro FDIC protege a los depósitos de pérdida ocasionada por insolvencia bancaria. Consulte [fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html](https://www.fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html) (en inglés) para obtener detalles.

Sin prestación de sobregiro/crédito.

Comuníquese con Servicios para Titulares de Tarjetas, llamando al **1-877-474-0010**, por correo a Cardholder Services P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255 o visite usbankfocus.com (en inglés).

Para obtener información general sobre cuentas prepagadas, visite cfpb.gov/prepaid (en inglés). Si tiene alguna queja sobre una cuenta prepagada, llame a la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau) al 1-855-411-2372, o visite cfpb.gov/complaint (en inglés).

Información importante: Las exenciones de cargos para empleados de un estado en particular se aplican según la información proporcionada por su empleador patrocinador respecto al estado en el cual ha sido empleado.

CR-44558748

Divulgación Previa a la Inscripción Específica para Ciertos Estados

La siguiente es información importante acerca del programa de la Tarjeta U.S. Bank Focus que le ofrece su empleador. Si usted está empleado en **Connecticut, Hawaii, Illinois, Minnesota, New Hampshire, New York, Pennsylvania, o Vermont**, corresponden las siguientes divulgaciones. Además, revise el Contrato para Titulares de Tarjetas U.S. Bank Focus y la Lista de Cargos proporcionados con este documento para encontrar una lista completa de términos y cargos relacionados con la tarjeta.

Opciones de Nómina. Usted tiene varias opciones para recibir sus pagos, las que incluyen la Tarjeta Focus, el depósito directo a otra cuenta, o un cheque. El uso de la Tarjeta Focus es voluntario. Usted no está obligado a aceptar recibir su sueldo en la Tarjeta Focus. Puede cambiar en cualquier momento el método mediante el cual recibe su paga. Consulte con su empleador para obtener detalles.

Acceda a Su Sueldo Sin Cargo. Usted es dueño de los sueldos y otros fondos cargados a su tarjeta de nómina. Existen varias maneras de acceder a su pago cargado a la Tarjeta Focus sin incurrir en cargos. Los retiros de fondos dentro del país en cualquier ATM dentro de la red nunca tienen costo, según lo indica su Lista de Cargos. Además, no hay ningún cargo por retiros de efectivo con personal de ventanilla hasta el total de su sueldo neto en cualquier banco que sea miembro de la red indicada en el frente de su tarjeta (ya sea Visa® o Mastercard®). También puede utilizar su tarjeta para realizar compras y pagar facturas en cualquier lugar que acepte tarjetas Visa o Mastercard. Además, muchos comercios permiten retirar efectivo sin cargo al realizar sus compras. Es posible que las transacciones en el extranjero incurran en cargos. Tome en cuenta que existen límites de transacciones (incluidos límites en retiros de fondos) en la Tarjeta Focus que lo protegen de posibles fraudes. En caso de que su saldo exceda los límites diarios de retiros de fondos y que desee retirar todos sus fondos, contacte a Servicios para Titulares de Tarjetas al 877-474-0010.

Cargos. La Tarjeta Focus ofrece varias transacciones y servicios sin costo. No existen cargos por inscribirse y participar en el programa, por recibir y activar su primera tarjeta de nómina o por acceder a su sueldo como se especifica anteriormente. *Es posible que algunas transacciones, servicios y métodos para acceder a dinero en efectivo incurran en cargos.* La Lista de Cargos que se le entregó junto con esta divulgación contiene la lista de todos los cargos en los que puede incurrir con el uso de su tarjeta. Conserve la Lista de Cargos para poder consultarla posteriormente. El emisor de la tarjeta no puede cobrarle otros cargos que no aparezcan en la Lista de Cargos. Su empleador no puede cobrarle cargos por la tarjeta de nómina. *Los terceros, como los operadores de ATM y los proveedores de telefonía móvil, pueden cobrarle cargos adicionales cuando utilice sus servicios.*

Cómo Acceder al Saldo de Su Cuenta. Puede acceder al saldo de su cuenta en línea en www.usbankfocus.com (en inglés) o llamando a Servicios para Titulares de Tarjetas al 877.474.0010. Puede utilizar estos servicios gratuitamente las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede inscribirse para recibir alertas por correo electrónico o por mensajes de texto con información acerca del saldo de su cuenta. Inicie sesión en www.usbankfocus.com (en inglés) y seleccione la opción "ALERTS" (ALERTAS) para inscribirse en estos servicios.

Cómo Acceder a Historiales de Transacciones. Puede ver un historial de 12 meses de las transacciones de su tarjeta de nómina de manera electrónica en www.usbankfocus.com (en inglés). También puede solicitar un historial impreso de 24 meses, o elegir recibir gratuitamente historiales de transacciones impresos mensualmente, llamando al 877-474-0010 o escribiéndonos a: Focus Card Services, P.O Box 9127, Minneapolis MN 55480.

Cierre de Su Cuenta de Tarjeta de Nómina. Puede cerrar su cuenta de tarjeta de nómina llamando a Servicios para Titulares de Tarjetas al 877-474-0010. Al cerrar su cuenta, puede solicitar que se le pague el saldo restante en su Tarjeta Focus a través de un cheque. No se le cobrará ningún cargo por cerrar la cuenta o por recibir su saldo a través de un cheque. Sin embargo, usted será responsable de los cargos correspondientes asociados con las transacciones que autorizó previamente al cierre de la cuenta.

Vínculo a Crédito. No existen cargos por sobregiros relacionados con la Tarjeta Focus, y la tarjeta no puede vincularse a ningún tipo de crédito.

Reemplazo de Tarjeta Previo a la Fecha de Vencimiento. U.S. Bank le enviará una tarjeta de reemplazo sin costo antes de la fecha de vencimiento que aparece en su tarjeta. Los fondos cargados a su tarjeta no tienen vencimiento.

Información Importante: Las exenciones de cargos para empleados de un estado en particular se aplican según la información recibida durante el proceso de inscripción sobre el estado en el que usted está empleado. Los cambios solo pueden ser realizados por su empleador patrocinador.

Divulgaciones Adicionales Requeridas para Empleados de Minnesota

Consentimiento. Su empleador debe proporcionarle una copia del consentimiento escrito firmado y este debe incluir los términos y condiciones de la opción de la cuenta de tarjeta de nómina.

Requisitos de Idioma. Si su empleador le ofrece una tarjeta de nómina utilizando materiales en otro idioma que no sea inglés, todas las divulgaciones, el consentimiento escrito y los contratos de la cuenta de la tarjeta de nómina deben ser en ese otro idioma.

Cambio de Opción de Pago. Usted puede solicitar que se le pague a través de otro método permitido por la ley, utilizando un formulario que su empleador le proporcione. Su empleador debe iniciar los pagos utilizando el nuevo método dentro de 14 días de recibida su petición.

Información Personal. A menos que usted lo consienta por escrito, la información generada por su posesión o uso de la Tarjeta Focus o la cuenta de tarjeta solo puede utilizarse para procesar transacciones y administrar la tarjeta y la cuenta de la tarjeta.

Divulgaciones Adicionales Requeridas para Empleados de New Hampshire

Consentimiento. El consentimiento escrito debe incluir los términos y condiciones de la opción de cuenta de tarjeta de nómina.

Cambios en los Términos. Su empleador debe proporcionar una notificación por escrito de cualquier cambio a los términos y condiciones de la tarjeta de nómina, incluida una lista detallada de los cargos, y obtener de usted una estipulación por escrito para continuar recibiendo sus sueldos en la tarjeta de nómina una vez efectuado el cambio. Su empleador es responsable de cualquier incremento en cargos que se le hayan cobrado antes de que se le proporcione la notificación por escrito acerca del cambio.

Si bien esta comunicación de U.S. Bank se ofrece en español, las futuras comunicaciones de U.S. Bank y los documentos relacionados con sus acuerdos contractuales, divulgaciones, notificaciones y estados de cuenta, así como los servicios en Internet y de la banca móvil, podrían estar disponibles solamente en inglés. Usted debe poder leer y comprender estos documentos o tener asistencia en su traducción para poder entender y utilizar este producto o servicio. Los documentos en inglés están disponibles a petición suya.

La Tarjeta Focus es emitida por U.S. Bank National Association de conformidad con una licencia de Visa U.S.A. Inc. o Mastercard International Incorporated. Mastercard es una marca registrada y el diseño de círculos es una marca de Mastercard International Incorporated.

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

X

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

X

FECHA

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.**

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

X

FECHA