

Cómo utilizar este paquete de muestra

Este paquete de muestra está diseñado como una guía para ayudar a los consumidores-empleadores a completar la documentación de nuevo empleado.

Utilice estos formularios de ejemplo para entender qué información se debe ingresar en cada campo al completar el paquete de documentación de nuevo empleado.

Antes de comenzar a completar la documentación de su nuevo empleado

- Revise los formularios de ejemplo.
- Siga las instrucciones que se indican para cada campo.
- Asegúrese de completar todas las secciones obligatorias.
- Asegúrese de incluir todas las firmas y fechas requeridas.
- Incluya cualquier documento de soporte requerido, como los documentos de identidad y de autorización para trabajar del formulario I-9.

Consejos y recordatorios importantes

Enviar una documentación completa y precisa ayuda a evitar retrasos en el proceso.

Los PCA no pueden comenzar a trabajar hasta que hayan sido autorizados por Tempus Unlimited.



¿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

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*			
Nombre del PCA/DCW	Segundo Nombre del PCA/DCW	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*			
Fecha de Nacimiento del PCA/DCW	ID Único del PCA/DCW	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*			
Nombre del Consumidor	Apellido del Consumidor	Número del Consumidor			
Dirección de Domicilio del PCA/DCW* <i>(No se aceptan apartados postales)</i>					
Dirección de Calle*	Dirección de Calle del Domicilio del PCA/DCW				
Edificio/Unidad/Apto.	Edificio/Unidad/Apartamento del Domicilio del PCA/DCW				
Ciudad*	Ciudad del Domicilio del PCA/DCW	Estado*	Estado	Código Postal*	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*	Dirección Postal del PCA/DCW (Calle)				
Edificio/Unidad/Apto.	Edificio/Unidad/Apartamento de la Dirección Postal del PCA/DCW				
Ciudad*	Ciudad de la Dirección Postal del PCA/DCW	Estado*	Estado	Código Postal*	Código Postal
Dirección de Correo Electrónico del PCA/DCW*		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		Teléfono Celular del PCA/DCW		Teléfono Fijo del PCA/DCW	
Idioma Preferido del PCA/DCW*		Idioma Preferido del PCA/DCW			

Información y declaración**Página 5 del Acuerdo
del Proveedor de PCA**

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):
Explicación de la relación con el consumidor (solo es obligatorio si seleccionó que tiene otro tipo de parentesco con su consumidor)

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: Información de la(s) entidad(es) de las que usted es propietario(a) o tiene control (solo es obligatorio si seleccionó "SÍ")

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: Nombre del Consumidor en letra de imprenta

Firma del Proveedor de servicios de PCA: Firma del Proveedor de servicios de PCA

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

Fecha de la firma: Fecha de la firma



Employment Eligibility Verification

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

Número del Consumidor

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) Apellido del PCA/DCW		First Name (Given Name) Nombre del PCA/DCW		Middle Initial (if any) Inicial del Segundo Nombre	Other Last Names Used (if any) Otros Nombres Utilizados por el PCA/DCW (si corresponde)		
Address (Street Number and Name) Dirección del PCA/DCW		Apt. Number (if any) Edificio/ Apartamento/Unidad	City or Town Ciudad o Pueblo del PCA/DCW		State Estado	ZIP Code Código Postal	
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de Nacimiento del PCA/DCW	U.S. Social Security Number Número de Seguro Social	Employee's Email Address Dirección de Correo Electrónico del PCA/DCW			Employee's Telephone Number Número de Teléfono del PCA/DCW		
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines if I provide false information. I am aware that providing false information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct. Seleccione una opción de la información requerida para la opción de ciudadanía seleccionada.		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)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Additional Information					
Información de los documentos presentados que verifican la identidad y la autorización de empleo (los documentos aceptables para el Formulario I-9 se encuentran en la página siguiente). Deben presentarse copias de estos documentos junto con la documentación de contratación de nuevo empleado.					
Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.					

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): Primer Día de Empleo
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative Nombre del Consumidor o Representante/ Apoderado Administrativo (AP)		Signature of Employer or Authorized Representative Firma del Consumidor o Representante/ Apoderado Administrativo (AP)
Employer's Business or Organization Name		Today's Date (mm/dd/yyyy) Fecha de Hoy
Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code Dirección del Consumidor: Ciudad, Estado y Código Postal		

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 Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 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. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		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 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 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 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		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. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 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. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 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.
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 (Family Name) from Section 1 . Nombre del PCA/DCW de la Sección 1	First Name (Given Name) from Section 1 . Apellido del PCA/DCW de la Sección 1	Middle initial (if any) from Section 1 . Inicial del Segundo Nombre de la Sección 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 Firma del Preparador o Traductor		Date (mm/dd/yyyy) Fecha de la Firma	
Last Name (Family Name) Apellido del Preparador o Traductor	First Name (Given Name) Nombre del Preparador o Traductor	Middle Initial (if any) Inicial del Segundo Nombre	
Address (Street Number and Name) Dirección del Preparador o Traductor	City or Town Ciudad del Preparador o Traductor	State Estado	ZIP Code Código Postal

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

Formulario **W-4**Department of the Treasury
Internal Revenue Service**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.

OMB No. 1545-0074

2026

Entregue el Formulario W-4 a su empleador.

La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.

Paso 1:
Anote Su
Información
Personal(a) Su primer nombre e inicial del segundo nombre
Nombre e Inicial del Segundo Nombre
del PCA/DCW

Apellido

Apellido del PCA/DCW

Dirección

Dirección del PCA/DCW

Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)

Ciudad, Estado y Código Postal del PCA/DCW

(b) Su número de Seguro Social

Número de Seguro Social del PCA/DCW

¿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.**Seleccione una casilla**(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**
retenciónReclamo 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**Firma del PCA/DCW**
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).**Fecha de la Firma****Fecha****Para Uso**
Exclusivo del
Empleador

Nombre y dirección del empleador

Nombre del Consumidor**Dirección del Consumidor**Primera fecha de
empleoNúmero de identificación
del empleador (EIN)

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 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
Nombre Completo del Consumidor		Número del Consumidor

Seleccione una opción:	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 Actual/Nuevo		Nombre del Banco:	Número de Cuenta del Banco Anterior	
Tipo de Cuenta:	☐ De Cheques	☐ De Ahorros	Tipo de Cuenta:	☐ De Cheques	☐ De Ahorros
Número de Ruta:	Número de Ruta del Banco Actual/Nuevo (9 dígitos)		Número de Ruta:	Número de Ruta del Banco Anterior (9 dígitos)	

Número de Cuenta:	Número de Cuenta del Banco Actual/Nuevo	Número de Cuenta:	Nombre del Banco Anterior
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------

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 en Letra de Molde del PCA/DCW	Fecha de Firma
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.

¡INSCRÍBETE
HOY!



Nombre:	Nombre del PCA/DCW				
Apellido:	Apellido del PCA/DCW				
Dirección:	Dirección del PCA/DCW				
Ciudad:	Ciudad del PCA/DCW	Estado:	Estado	Código Postal:	Código Postal
Número de Teléfono ¹ :	Número de Teléfono del PCA/DCW				
Número de Seguro Social:	Número de Seguro Social del PCA/DCW				
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento del PCA/DCW				
Dirección de Correo Electrónico ² :	Dirección de Correo Electrónico del PCA/DCW				

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:	Firma del PCA/DCW	Fecha:	Fecha de la Firma
--------	-------------------	--------	-------------------

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:	Nombre del Consumidor	Dirección del Consumidor	Calle:	Dirección del Consumidor			
Consumidor número:	Número del Consumidor	Apto./Suite:	Apto./Suite/Unidad del Consumidor				
		Ciudad:	Ciudad del Consumidor	Estado:	Estado	Código postal:	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

Nombre Completo del PCA/DCW

Social Security number

Número de Seguro Social del PCA/DCW

Home address

Dirección de Domicilio del PCA/DCW

City/Town

Ciudad o Pueblo del PCA/DCW

State

Estado

Zip

Código Postal

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

Firma del PCA/DCW

Date

Fecha de la Firma