



Nếu quý vị là một nhân viên trợ giúp tại gia IHSS muốn trở lại làm việc, vui lòng liên hệ với Trung Tâm Hỗ Trợ người chăm sóc Độc Lập (IPAC) San Francisco tại số 415-557-6200 hoặc ihsspaymentunits@sfgov.org trước khi tiếp tục các bước sau.

①



ĐĂNG KÝ TRỰC TUYẾN

- Truy cập: www.ihss.sfipenroll.org
 - Đăng ký*
 - Xem các videos
 - Lên lịch một cuộc hẹn định hướng
 - Ký tên điện tử các mẫu SOC 426 & SOC 846

* QUAN TRỌNG: Viết xuống tên đăng nhập, mật khẩu, và câu trả lời cho các câu hỏi bảo mật của quý vị. Các thông tin này phân biệt chữ hoa chữ thường và quý vị sẽ cần chúng để xem các videos.

②



CHUẨN BỊ TÀI LIỆU CHO BUỔI ĐỊNH HƯỚNG

- Địa chỉ email mà bạn đang dùng với mật khẩu
- Thẻ căn cước có ảnh hợp lệ do Tiểu Bang hoặc Chính Phủ Hoa Kỳ cấp**
- Bản Gốc Thẻ An Sinh Xã Hội**
- Giấy phép làm việc (Chỉ yêu cầu nếu thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị nêu rõ "Chỉ cho phép làm việc khi có giấy phép của DHS hoặc INS")
- Điền mẫu "Chỉ Định Người chăm sóc Cho Người Nhận Dịch Vụ" (SOC 426A) với người nhận IHSS của quý vị.*** Để yêu cầu mẫu, hãy gọi số 415-557-6200

**Tên trên thẻ căn cước và thẻ An Sinh Xã Hội phải trùng khớp; không chấp nhận bản sao.

***Nếu quý vị có nhu cầu tìm người nhận dịch vụ và muốn được đưa vào Danh Sách Đăng Ký Nhà Cung Cấp, vui lòng liên hệ với Cơ Quan Công Quyền San Francisco tại số 415-243-4477 / www.sfhsa.org

③



THAM DỰ BUỔI ĐỊNH HƯỚNG TẠI 77 OTIS STREET (Chuẩn bị ở lại trong 1 – 2 giờ)

- Mang theo các tài liệu được liệt kê trong Bước 2 ở trên
- Đến trước giờ hẹn 15 phút
- Nhận mẫu LiveScan để lấy dấu vân tay

④



KIỂM TRA LÝ LỊCH

- Mang mẫu LiveScan đến nơi lăn tay để hoàn thành kiểm tra lý lịch
- Giữ bản sao của mẫu LiveScan và biên lai thanh toán*

*Kết quả kiểm tra lý lịch sẽ được tự động gửi đến IHSS

⑤



BẢNG CHẤM CÔNG – một khi kiểm tra lý lịch của quý vị đã được duyệt tốt đẹp xong (có khi cần phải đợi hơn sáu tuần) điều đó có nghĩa là quý vị bắt đầu là người chăm sóc tại gia có lương hưởng!

- Để được trả tiền lương, hãy đăng ký điền bảng chấm giờ làm việc điện tử tại www.etimesheets.ihss.ca.gov

?

Quý vị cần trợ giúp hoặc có thắc mắc? : 415-557-6200 hoặc ihsspaymentunits@sfgov.org



Chương Trình của Ngân Hàng San Francisco

www.bankonsf.org (Hỗ trợ để mở tài khoản ngân hàng)

IHSS Cơ Quan Công Quyền (San Francisco)

832 Folsom Street, 9th Floor, San Francisco, CA 94107

(415)-243-4477 hoặc www.sfihsspa.org

Dịch Vụ Y Tế cho nhân viên chăm sóc gọi: 415-593-8125

HomeBridge

1035 Market St. L-1, San Francisco, CA 94103

415-255-2079 hoặc www.homebridgeca.org

BẢNG ĐIỀN TÍNH LƯƠNG ĐIỆN TỬ

<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>

Cần sự giúp đỡ, xin gọi Giúp Đỡ Bảng Điền Tính Lương Điện Tử: 1-866-376-7066

NGHIỆP Đoàn SEIU 2015 nhân viên độc lập trợ giúp tại gia

Văn Phòng Địa Phương: 1645 California Street, San Francisco, CA 94109

1-855-810-2015

Thông Tin liên quan đến Thuế

Gặp chuyên viên khai thuế để được hướng dẫn hoàn tất các mẫu thuế.

- Đối với khấu trừ thuế Liên Bang điền đầy đủ mẫu W4.
- Đối với khấu trừ thuế Tiểu Bang CA điền đầy đủ mẫu DE-4.
- Chỉ dùng khi người chăm sóc sinh sống chung:
 - Mẫu SOC2298 để loại trừ lương cho Liên Bang/Tiểu Bang
 - Mẫu SOC 2299 *Hủy bỏ Tụ chứng nhận sinh sống chung của người chăm sóc*

Bắt buộc báo cáo vấn đề lạm dụng:

Cho người lớn gọi: 415-355-6700 hoặc cho trẻ con gọi: 800-856-5533

Báo cáo mọi gian lận của MEDI-CAL : 1-888-717-3202 hoặc www.dhcs.ca.gov

Báo cáo gian lận với SF Cơ Quan dịch vụ con người gọi: 415-557-5771

San Francisco Independent Provider Assistance Center
Mail: Attention N3AX ▪ P.O. Box 7988 ▪ San Francisco ▪ CA 94120-9939
Telephone (415) 557-6200 ▪ Email: ihsspaymentunits@sfgov.org



Kế hoạch dễ dàng — Hướng dẫn đăng ký IHSS Bảng Chấm Công Điện Tử của riêng bạn

Công dịch vụ điện tử (ESP)

Cho người chăm sóc và Người nhận dịch vụ

Danh mục:

- Chuẩn bị các mục sau đây:
 - Địa chỉ email hoạt động của tôi: _____
 - Ngày sinh của tôi: ___ / ___ / _____
 - Số hiệu của tôi hoặc số hồ sơ của người nhận dịch vụ: _____
 - 4 số cuối của số An Sinh Xã Hội của tôi: _____
- Truy cập www.etimesheets.ihss.ca.gov bằng máy vi tính hoặc điện thoại di động
- Đăng ký bằng cách cung cấp các thông tin trên; đặt tên đăng nhập, một mật khẩu và chọn câu hỏi bảo mật từ trang mạng
 - Tên đăng nhập: _____
 - Mật khẩu : _____
 - Câu hỏi bảo mật và / hoặc câu trả lời:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
- Kiểm tra email của bạn để xác nhận đăng ký E-Timesheet
- Vì Người chăm sóc/ Người nhận dịch vụ của tôi cũng phải đăng ký, tôi sẽ:
 - Nhắc họ đăng ký vào (ngày): ___ / ___ / _____
 - Kiểm tra trang mạng của Tiểu bang để được hướng dẫn và cập nhật.
 - Người chăm sóc có thể dùng chuyển thẳng tiền vào quỹ của ngân hàng mình để được nhận tiền nhanh.

Danh mục:

- Trước khi bắt đầu tôi cần:
 - Số hồ sơ của người chăm sóc hoặc của người nhận dịch vụ : _____
 - Ngày sinh của tôi: ___ / ___ / _____
 - Số số mã đăng ký của Tiểu bang: _____
Nếu tôi không có số mã đăng ký, hãy liên lạc với văn phòng IHSS số (866) 376-7066 trong giờ làm việc để được hướng dẫn.
- Gọi TTS tại số **(833) 342-5388** để đăng ký
- Nhập thông tin sau vào bảng quay số điện thoại:
 - Số nhân viên hoặc số hồ sơ, ngày sinh, số mã đăng ký
 - Bốn số mật khẩu mà tôi chọn, nó là: _____
- Vì người nhận dịch vụ/người chăm sóc của tôi cũng phải đăng ký, tôi sẽ:
 - Nhắc người nhận dịch vụ/người chăm sóc ghi danh vào: Ngày: ___ / ___ / _____
- ◆ Sau khi cả hai bên người nhận dịch vụ và người chăm sóc đã ghi danh qua TTS và/hoặc ESP thì
 - **Người chăm sóc** có thể ghi giờ làm việc mỗi ngày hoặc của những ngày trước bằng cách gọi **(833) 342-5388** trong giờ làm việc
 - **Người nhận dịch vụ** tự động sẽ được hệ thống TTS gọi sau khi người chăm sóc gửi bảng chăm công qua hệ thống TTS hoặc ESP hoặc người nhận dịch vụ có thể gọi điện TTS ở số **(833) 342-5388** trong giờ làm việc để xem xét, phê duyệt hoặc từ chối bảng chấm công
 - ◆ Kiểm tra trang mạng của Tiểu bang để được hướng dẫn và cập nhật

Hệ thống bảng chấm công bằng Điện Thoại (TTS)

Cho Người nhận dịch vụ và người chăm sóc, thay vì dùng Công dịch vụ điện tử



Blank Page



SAN FRANCISCO HUMAN SERVICES AGENCY
Department of Disability

Tên Người Nhận dịch vụ (xin viết rõ)

Địa chỉ của Người Nhận dịch vụ

San Francisco, CA 94_____

Số điện thoại của Người nhận dịch vụ

(_____)_____ - _____

Blank Page

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM NGƯỜI NHẬN CHỈ ĐỊNH NGƯỜI CHĂM SÓC

Chỉ Dẫn:

- Xin dùng mực đen hoặc xanh. Ghi rõ chi tiết.
- Quý vị (hoặc người đại diện) phải điền phần A của đơn này để cho Quận biết quý vị đã chọn ai để cung cấp dịch vụ ủy quyền cho quý vị.
- Nếu quý có nhiều hơn một người chăm sóc, quý vị phải điền mẫu đơn riêng cho mỗi người mà cung cấp dịch vụ ủy quyền cho quý vị.
- Quý vị phải ký sự thừa nhận trong phần C của đơn này.
- Xin hoàn thành và ký đơn này, rồi gửi về lại cho Quận. Quận sẽ giữ lại đơn chính và cho quý vị một bản sau.

Phần A. Người nhận chỉ định người chăm sóc

1. Tên của người nhận:	
2. Số hồ sơ IHSS:	
3. Tên người chăm sóc:	
4. Địa chỉ của người chăm sóc: Thành phố, Tiểu Bang, số ZIP	
5. Điện thoại của người chăm sóc:	
6. Ngày sinh của người chăm sóc	
7. Số An Sinh xã hội của người chăm	
8. Giới tính người chăm sóc (xin đánh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
9. Quan hệ người chăm sóc với người nhận dịch vụ (nếu có):	<input type="checkbox"/> cha mẹ <input type="checkbox"/> Con cái <input type="checkbox"/> Phối ngẫu/bạn đời chung thân <input type="checkbox"/> Người bảo quản <input type="checkbox"/> Người giám hộ <input type="checkbox"/> Quan hệ khác
10. Ngày người chăm sóc bắt đầu làm:	

*CHÚ Ý: Sự tuân thủ Số An Sinh Xã Hội là yêu cầu của Đạo luật Cải cách và kiểm soát xuất nhập cảnh Năm 1986, Công Luật 99-603 (8 USC 1324a), mục đích này để xác minh bản sắc của cá nhân và được quyền để làm việc tại Hoa Kỳ.

Tôi chọn người chăm sóc liệt trên để cung cấp dịch vụ IHSS cho tôi. Người này sẽ cung cấp một số hoặc tất cả các dịch vụ ủy quyền bởi từ quận



IP Information (1012) 06/18

Phần B. HỢP ĐỒNG CHO NGƯỜI NHẬN**TÔI HIỂU VÀ ĐỒNG Ý RẰNG :**

- Người mà tôi đã chọn làm người chăm sóc không thể được trả lương từ Liên Bang hoặc Tiểu Bang cho việc họ cung cấp dịch vụ cho tôi cho đến khi họ hoàn thành tất cả các yêu cầu ghi danh của người chăm sóc. Sự yêu cầu này bao gồm hoàn thành, ký kết, và đến văn phòng để nộp **mẫu đăng ký người chăm sóc** (đơn SOC 426), nộp dấu vân tay và được xóa sạch các loại tội phạm thông qua hình sự kiểm tra lý lịch, hoàn thành định hướng của người chăm sóc, và ký nộp **mẫu hợp đồng đăng ký người chăm sóc** (đơn SOC 846).
- Các quận sẽ gửi cho tôi một thông báo cho biết nếu người mà tôi chọn làm người chăm sóc chưa được hoàn thành các yêu cầu ghi danh hoặc nếu họ không đủ điều kiện làm người chăm sóc cho IHSS.
- Nếu tôi chọn người này cung cấp dịch vụ trước khi họ đăng ký làm người chăm sóc cho IHSS, và quận gửi thông báo cho tôi biết họ không đủ điều kiện làm người chăm sóc, tôi phải tự trả lương cho họ cho những dịch vụ họ đã cung cấp cho tôi trước khi họ được xác định không đủ điều kiện để làm người chăm sóc và đối với bất kỳ dịch vụ nào họ cung cấp sau khi quận thông báo cho tôi biết họ không đủ điều kiện.
- Quận và Tiểu Bang sẽ không trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố và/hoặc thiệt hại gây ra bởi người mà tôi muốn làm người chăm sóc dịch vụ IHSS cho tôi. Tôi đồng ý giữ vô hại cho Tiểu bang và các Quận, cán bộ, đại lý và công nhân và tôi chịu trách nhiệm cho bất kỳ tất cả các tuyên bố và/hoặc thiệt hại gây ra bởi người mà tôi muốn làm người chăm sóc dịch vụ IHSS cho tôi.
- Các quận có thể cung cấp những thông tin về các dịch vụ và giờ uỷ quyền của tôi cho người mà tôi chọn làm người chăm sóc. Quận sẽ gửi thông báo của dịch vụ và giờ được uỷ quyền cho người nhận (mẫu SOC 2271) cho người chăm sóc của tôi.

Tổng số giờ uỷ quyền hàng tháng của tôi sẽ chia cho 4 để xác định giờ tối đa hàng tuần của tôi. Các giờ hàng tuần tối đa là một hướng dẫn cho tôi biết số giờ cao nhất người chăm sóc của tôi có thể làm cho tôi trong một tuần. Tuy nhiên, vì hầu hết các tháng có hơn 4 tuần, tôi với người chăm sóc phải truyền ra số giờ của họ trong suốt tháng để chắc chắn rằng tôi có tất cả các giờ dịch vụ tôi cần trong tháng.

Đôi khi tôi sẽ cần người chăm sóc của tôi làm nhiều hơn giờ tối đa hàng tuần của tôi. Tôi phải hỏi chính quận để chấp thuận điều chỉnh giờ tối đa hàng tuần chỉ khi thay đổi này yêu cầu người chăm sóc của tôi phải làm cho tôi:

1. Nhiều giờ hơn trong tháng mà họ thường làm.

2. Hơn 40 giờ trong một tuần nếu giờ tối đa hàng tuần của tôi là 40 giờ hoặc ít hơn trong một tuần.

- Nếu tôi không được sự chấp thuận từ quận, người chăm sóc của tôi sẽ bị một vi phạm vì làm hơn giờ tối đa hàng tuần của tôi.
- Tôi không bao giờ cho phép người chăm sóc của tôi làm nhiều hơn tổng số giờ hàng tháng được ủy quyền cho tôi. Vì vậy, khi tôi cho phép người chăm sóc làm thêm giờ trong một tuần, tôi phải cho người chăm sóc làm ít giờ hơn trong các tuần khác của tháng đó.
- **Nếu người chăm sóc của tôi làm cho một người nhận khác, số giờ tối đa họ có thể báo trong một tuần làm cho tất cả các người nhận kết hợp là 66 giờ. Tôi phải làm một thời khóa biểu làm việc cho người chăm sóc của tôi để xác định bao nhiêu giờ họ sẽ làm cho tôi mỗi tuần để đảm bảo rằng họ không làm hơn 66 giờ cho mỗi tuần.** Tôi sẽ nhận được thông báo về Giờ tối đa hàng tuần của người nhận (mẫu SOC 2271A) mà sẽ bao gồm các thông tin về giờ tối đa hàng tuần của tôi do đó tôi có thể sử dụng nó làm thời khóa biểu cho người chăm sóc của tôi. Để làm thời khóa biểu, người chăm sóc phải cho tôi biết bao nhiêu giờ họ có thể làm cho tôi trong mỗi tuần. Nếu người chăm sóc của tôi không thể làm tất cả các giờ được ủy quyền cho tôi, tôi cần phải thuê mượn một người chăm sóc khác. **Nếu tôi cần sự giúp đỡ tìm kiếm và mượn người chăm sóc, tôi có thể gọi IHSS Public Authority để tìm một người chăm sóc được đăng ký trên sổ danh sách hoặc gọi văn phòng IHSS của tôi.**
- Các quận sẽ gửi cho tôi một thông báo mỗi khi người chăm sóc của tôi bị một vi phạm. Nếu người chăm sóc của tôi bị ba hành vi phạm, họ sẽ bị đình chỉ cung cấp dịch vụ IHSS cho ba tháng. Nếu họ bị một vi phạm lần nữa sau khi họ được phục hồi từ đình chỉ ba tháng, họ sẽ bị kết thúc làm người chăm sóc trong một năm.

PHẦN C. Công nhận của người nhận

Tôi hiểu và đồng ý tuân theo tất cả các yêu cầu được liệt kê trong mẫu này.

Người nhận ký tên:

Ngày:

Ghi tên:

Người đại diện ký tên:

Ngày:

Ghi Tên người đại diện:

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME:

DATE:

Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Gia
Danh sách các Nghĩa vụ của Người nhận hưởng/Thân chủ

TÔI, _____,
ĐÃ ĐƯỢC NHÂN VIÊN XÃ HỘI THÔNG BÁO RẰNG VỚI TƯ CÁCH LÀ NGƯỜI NHẬN HƯỞNG/THÂN CHỦ, TÔI PHẢI NHẬN TRÁCH NHIỆM CHO NHỮNG HÀNH ĐỘNG SAU ĐÂY:

- 1) Cung cấp tài liệu theo yêu cầu của Nhân viên Xã hội để ấn định sự hợp lệ và tiếp tục câu dịch vụ. Thông tin phải báo cáo bao gồm nhưng không giới hạn những thay đổi về lợi tức, thành phần trong hộ gia đình, tình trạng hôn nhân, sở hữu tài sản, số điện thoại, và thời gian đi xa không có ở nhà.
- 2) Đi tìm, thuê mướn, đào tạo, giám sát và thôi việc người chăm sóc.
- 3) Tuân thủ những luật lệ và quy định liên quan đến lương bổng/số giờ làm việc/điều kiện làm việc và việc thuê mướn những người dưới 18 tuổi.

GHI CHÚ: Tham chiếu Lệnh số 25 của Ủy ban An sinh Kỹ nghệ (Industrial Welfare Commission (IWC)) liên quan đến lương bổng/số giờ làm việc/điều kiện làm việc có thể lấy từ Sở Quan hệ Kỹ nghệ (State Department of Industrial Relations), Ban Định chuẩn về Lao động và Thi hành (Division of Labor Standards and Enforcement) có liệt kê trong danh bạ điện thoại. Thông tin bổ sung về việc thuê mướn vị thành niên có thể hỏi từ khu giáo dục địa phương (local school district).

- 4) Xác minh rằng người chăm sóc cư ngụ tại Hoa kỳ. Người chăm sóc và tôi sẽ hoàn tất Mẫu I-9. Tôi sẽ lưu giữ mẫu I-9 trong ít nhất ba (3) năm hoặc một (1) năm sau khi cho thôi việc, tùy theo trường hợp nào lâu hơn. Tôi sẽ bảo mật những thông tin của người chăm sóc như số an sinh xã hội, địa chỉ và số điện thoại.
- 5) Đảm bảo tiêu chuẩn về trả tiền công, xếp lịch làm việc và điều kiện làm việc cho người chăm sóc.
- 6) Thông báo cho Nhân viên Xã hội về bất cứ thay đổi nào trong tương lai, bao gồm:
- ___ Tên
 - ___ Địa chỉ
 - ___ Số Điện thoại
 - ___ Quan hệ với tôi, nếu có
 - ___ Số giờ phải làm và những dịch vụ phải thực hiện bởi mỗi nhà cung cấp
- 7) Thông báo cho người chăm sóc biết rằng tổng số lương hàng giờ là \$ _____, và các thuế An sinh Xã hội và Bảo hiểm Mất Năng lực của Tiểu bang đã được khấu trừ từ tiền lương.
- 8) Thông báo cho người chăm sóc biết rằng họ có thể yêu cầu khấu trừ thuế Lợi tức Liên bang và/hoặc Tiểu bang từ tiền lương. Chỉ thị cho người chăm sóc phải nộp Mẫu W-4 (cho việc khấu trừ thuế lợi tức liên bang) và/hoặc Mẫu DE 4 (cho việc khấu trừ thuế lợi tức tiểu bang).

- 9) Thông báo cho người chăm sóc biết là họ được Bảo hiểm Công nhân (Workers' Compensation), Bảo hiểm Thất nghiệp và Bảo hiểm Mất Năng lực của Tiểu bang.
- 10) Thông báo cho người chăm sóc biết rằng họ sẽ được cung cấp cho một danh sách những dịch vụ và số giờ được cho phép. Thông báo cho người chăm sóc là họ sẽ không được trả lương trong thời gian tôi đi xa khỏi nhà (thí dụ: nằm bệnh viện hoặc đi nghỉ xa)
- 11) Chi trả một phần chi phí, nếu có.
- 12) Xác minh và ký tên vào biểu đồ thời gian thi công của người chăm sóc, ghi đúng số ngày và giờ làm việc. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố dưới Luật Liên bang và Tiểu bang nếu tôi khai báo sai hoặc che dấu thông tin. Tôi hiểu rằng khi bị yêu cầu, tôi sẽ cần phải lăn tay vào biểu đồ thi công để xác minh số ngày và số giờ làm việc là đúng. Điều này cần thiết để nhà cung cấp được trả tiền công.
- 13) Xác minh và ký bảng chấm công của người chăm sóc của tôi cho mỗi Kỳ thanh toán, hiện thị đúng ngày và tổng số giờ làm việc. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố theo luật của Liên bang và Tiểu bang vì đã báo cáo thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin.
- 14) Đảm bảo việc người chăm sóc phải ký tên vào biểu đồ thi công.
- 15) Nhắc nhở người chăm sóc gửi biểu đồ thi công về địa chỉ thích hợp vào mỗi kỳ lương.

Chữ ký người nhận hưởng

Ngày

Tên viết chữ in

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG CỦA NGƯỜI NHẬN HƯỞNG/THÂN CHỦ DANH SÁCH KIỂM TRA TRÁCH NHIỆM

1. Hình thức này được sử dụng để kiểm tra các người nhận dịch vụ trợ giúp tại gia có nhân viên chăm sóc cho cá nhân mình.
2. Hạt quận sẽ sử dụng hình thức này để đảm bảo việc người nhận dịch vụ đã được thông báo về và hiểu rõ trách nhiệm cơ bản của họ khi giữ vai trò người mướn nhân viên chăm sóc tại gia của IHSS.
3. Xem xét lại từng mục với người nhận dịch vụ trợ giúp tại gia và giải thích để người nhận trợ giúp có thể thực hiện theo từng yêu cầu.
4. Để lại một bản sao của mẫu này cho người nhận dịch vụ trợ giúp tại gia.



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

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

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

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

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

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

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

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

<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States	
<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States <i>(See instructions)</i>	
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Alien Registration Number/USCIS Number): _____	
<input type="checkbox"/> 4. An alien authorized to work until (expiration date, if applicable, mm/dd/yyyy): _____ Some aliens may write "N/A" in the expiration date field. <i>(See instructions)</i>	
<p><i>Aliens authorized to work must provide only one of the following document numbers to complete Form I-9: An Alien Registration Number/USCIS Number OR Form I-94 Admission Number OR Foreign Passport Number.</i></p> <p>1. Alien Registration Number/USCIS Number: _____ OR 2. Form I-94 Admission Number: _____ OR 3. Foreign Passport Number: _____ Country of Issuance: _____</p>	
QR Code - Section 1 Do Not Write In This Space	

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

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

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

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

Employer Completes Next Page



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

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

Section 2. Employer or Authorized Representative Review and Verification

(Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within 3 business days of the employee's first day of employment. You must physically examine one document from List A OR a combination of one document from List B and one document from List C as listed on the "Lists of Acceptable Documents.")

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

List A Identity and Employment Authorization	OR	List B Identity	AND	List C Employment Authorization
Document Title		Document Title		Document Title
Issuing Authority		Issuing Authority		Issuing Authority
Document Number		Document Number		Document Number
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)		Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)
Document Title		Additional Information		QR Code - Sections 2 & 3 Do Not Write In This Space
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				
Document Title				
Issuing Authority				
Document Number				
Expiration Date (if any) (mm/dd/yyyy)				

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents must be UNEXPIRED

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

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 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 a nonimmigrant alien authorized to work for a specific employer because of his or her status: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the alien's nonimmigrant status as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 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 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 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 <li style="text-align: center;">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 		<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (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

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

Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Blank Page

Employee's Withholding Certificate

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

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial _____ Last name _____	(b) Social security number _____
	Address _____	
	City or town, state, and ZIP code _____	
	(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)	

Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov.

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, other details, and privacy.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

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

Do **only one** of the following.

(a) Reserved for future use.

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

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

TIP: If you have self-employment income, see page 2.

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

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

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

Employers Only	Employer's name and address _____	First date of employment _____	Employer identification number (EIN) _____
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------------

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

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

Purpose of Form

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

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2023 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2022 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2023. You had no federal income tax liability in 2022 if (1) your total tax on line 24 on your 2022 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2023 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2024.

Your privacy. If you have concerns with Step 2(c), you may choose Step 2(b); if you have concerns with Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c).

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay income and self-employment taxes through withholding from your wages, you should enter the self-employment income on Step 4(a). Then compute your self-employment tax, divide that tax by the number of pay periods remaining in the year, and include that resulting amount per pay period on Step 4(c). You can also add half of the annual amount of self-employment tax to Step 4(b) as a deduction. To calculate self-employment tax, you generally multiply the self-employment income by 14.13% (this rate is a quick way to figure your self-employment tax and equals the sum of the 12.4% social security tax and the 2.9% Medicare tax multiplied by 0.9235). See Pub. 505 for more information, especially if the sum of self-employment income multiplied by 0.9235 and wages exceeds \$160,200 for a given individual.

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

Specific Instructions

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

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

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



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

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

Step 4 (optional).

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

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2023 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

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

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



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

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables.

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

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



- 1 Enter an estimate of your 2023 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income. 1 \$
2 Enter: { \$27,700 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse; \$20,800 if you're head of household; \$13,850 if you're single or married filing separately } 2 \$
3 If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-". 3 \$
4 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information. 4 \$
5 Add lines 3 and 4. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4. 5 \$

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

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

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

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

Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$850	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870
\$10,000 - 19,999	0	930	1,850	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,200	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,850	2,920	3,120	3,320	3,340	3,340	3,340	3,340	4,320	5,320	6,190
\$30,000 - 39,999	850	2,000	3,120	3,320	3,520	3,540	3,540	3,540	4,520	5,520	6,520	7,390
\$40,000 - 49,999	1,000	2,200	3,320	3,520	3,720	3,740	3,740	4,720	5,720	6,720	7,720	8,590
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,340	3,540	3,740	3,760	4,750	5,750	6,750	7,750	8,750	9,610
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,340	3,540	3,740	4,750	5,750	6,750	7,750	8,750	9,750	10,610
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,340	3,540	4,720	5,750	6,750	7,750	8,750	9,750	10,750	11,610
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	4,170	5,370	6,570	7,600	8,600	9,600	10,600	11,600	12,600	13,460
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,190	7,390	8,590	9,610	10,610	11,660	12,860	14,060	15,260	16,330
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	17,850
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	17,850
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,580	16,780	18,140
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,180	14,380	15,870	17,870	19,740
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,760	8,160	9,560	10,780	11,980	13,470	15,470	17,470	19,470	21,340
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,760	8,550	10,750	12,770	14,770	16,770	18,770	20,770	22,770	24,640
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,890	12,390	14,890	17,220	19,520	21,820	24,120	26,420	28,720	30,880
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,460	13,160	15,860	18,390	20,890	23,390	25,890	28,390	30,890	33,250

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$310	\$890	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,860	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,030	\$2,040
\$10,000 - 19,999	890	1,630	1,750	1,750	2,600	3,600	3,600	3,600	3,600	3,760	3,960	3,970
\$20,000 - 29,999	1,020	1,750	1,880	2,720	3,720	4,720	4,730	4,730	4,890	5,090	5,290	5,300
\$30,000 - 39,999	1,020	1,750	2,720	3,720	4,720	5,720	5,730	5,890	6,090	6,290	6,490	6,500
\$40,000 - 59,999	1,710	3,450	4,570	5,570	6,570	7,700	7,910	8,110	8,310	8,510	8,710	8,720
\$60,000 - 79,999	1,870	3,600	4,730	5,860	7,060	8,260	8,460	8,660	8,860	9,060	9,260	9,280
\$80,000 - 99,999	1,870	3,730	5,060	6,260	7,460	8,660	8,860	9,060	9,260	9,460	10,430	11,240
\$100,000 - 124,999	2,040	3,970	5,300	6,500	7,700	8,900	9,110	9,610	10,610	11,610	12,610	13,430
\$125,000 - 149,999	2,040	3,970	5,300	6,500	7,700	9,610	10,610	11,610	12,610	13,610	14,900	16,020
\$150,000 - 174,999	2,040	3,970	5,610	7,610	9,610	11,610	12,610	13,750	15,050	16,350	17,650	18,770
\$175,000 - 199,999	2,720	5,450	7,580	9,580	11,580	13,870	15,180	16,480	17,780	19,080	20,380	21,490
\$200,000 - 249,999	2,900	5,930	8,360	10,660	12,960	15,260	16,570	17,870	19,170	20,470	21,770	22,880
\$250,000 - 399,999	2,970	6,010	8,440	10,740	13,040	15,340	16,640	17,940	19,240	20,540	21,840	22,960
\$400,000 - 449,999	2,970	6,010	8,440	10,740	13,040	15,340	16,640	17,940	19,240	20,540	21,840	22,960
\$450,000 and over	3,140	6,380	9,010	11,510	14,010	16,510	18,010	19,510	21,010	22,510	24,010	25,330

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$620	\$860	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,650	\$1,870	\$1,870	\$1,890	\$2,040
\$10,000 - 19,999	620	1,630	2,060	2,220	2,220	2,220	2,850	3,850	4,070	4,090	4,290	4,440
\$20,000 - 29,999	860	2,060	2,490	2,650	2,650	3,280	4,280	5,280	5,520	5,720	5,920	6,070
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,650	2,810	3,440	4,440	5,440	6,460	6,880	7,080	7,280	7,430
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	3,130	4,290	5,290	6,290	7,480	8,680	9,100	9,300	9,500	9,650
\$60,000 - 79,999	1,500	3,700	5,130	6,290	7,480	8,680	9,880	11,080	11,500	11,700	11,900	12,050
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,690	7,050	8,250	9,450	10,650	11,850	12,260	12,460	12,870	13,820
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	6,070	7,430	8,630	9,830	11,030	12,230	13,190	14,190	15,190	16,150
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,070	7,430	8,630	9,980	11,980	13,980	15,190	16,190	17,270	18,530
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,070	7,980	9,980	11,980	13,980	15,980	17,420	18,720	20,020	21,280
\$175,000 - 199,999	2,190	5,390	7,820	9,980	11,980	14,060	16,360	18,660	20,170	21,470	22,770	24,030
\$200,000 - 249,999	2,720	6,190	8,920	11,380	13,680	15,980	18,280	20,580	22,090	23,390	24,690	25,950
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,200	11,660	13,960	16,260	18,560	20,860	22,380	23,680	24,980	26,230
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,770	12,430	14,930	17,430	19,930	22,430	24,150	25,650	27,150	28,600

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

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

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

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

Worksheets

Instructions — 1 — Allowances*

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

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

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

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

Married But Not Living With Your Spouse: You may check the “Head of Household” marital status box if you meet all of the following tests:

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

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

Worksheet A

Regular Withholding Allowances

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

Instructions — 2 — (Optional) Additional Withholding Allowances

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

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

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

Worksheet B

Estimated Deductions

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

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. Enter an estimate of your itemized deductions for California taxes for this tax year as listed in the schedules in the FTB Form 540 | 1. |
| 2. Enter \$10,404 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$5,202 if single or married filing separately, dual income married, or married with multiple employers | – 2. |
| 3. Subtract line 2 from line 1, enter difference | = 3. |
| 4. Enter an estimate of your adjustments to income (alimony payments, IRA deposits) | + 4. |
| 5. Add line 4 to line 3, enter sum | = 5. |
| 6. Enter an estimate of your nonwage income (dividends, interest income, alimony receipts) | – 6. |
| 7. If line 5 is greater than line 6 (if less, see below [go to line 9]);
Subtract line 6 from line 5, enter difference | = 7. |
| 8. Divide the amount on line 7 by \$1,000, round any fraction to the nearest whole number
enter this number on line 1b of the DE 4. Complete Worksheet C, if needed, otherwise stop here . | 8. |
| 9. If line 6 is greater than line 5;
Enter amount from line 6 (nonwage income) | 9. |
| 10. Enter amount from line 5 (deductions) | 10. |
| 11. Subtract line 10 from line 9, enter difference. Then, complete Worksheet C. | 11. |

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

1. Enter estimate of total wages for tax year 2023. 1.
2. Enter estimate of nonwage income (line 6 of Worksheet B). 2.
3. Add line 1 and line 2. Enter sum. 3.
4. Enter itemized deductions or standard deduction (line 1 or 2 of Worksheet B, whichever is largest). 4.
5. Enter adjustments to income (line 4 of Worksheet B). 5.
6. Add line 4 and line 5. Enter sum. 6.
7. Subtract line 6 from line 3. Enter difference. 7.
8. Figure your tax liability for the amount on line 7 by using the 2023 tax rate schedules below. 8.
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$154.00). 9.
10. Subtract line 9 from line 8. Enter difference. 10.
11. Enter any tax credits. (See FTB Form 540). 11.
12. Subtract line 11 from line 10. Enter difference. This is your total tax liability. 12.
13. Calculate the tax withheld and estimated to be withheld during 2023. Contact your employer to request the amount that will be withheld on your wages based on the marital status and number of withholding allowances you will claim for 2023. Multiply the estimated amount to be withheld by the number of pay periods left in the year. Add the total to the amount already withheld for 2023. 13.
14. Subtract line 13 from line 12. Enter difference. If this is less than zero, you do not need to have additional taxes withheld. 14.
15. Divide line 14 by the number of pay periods remaining in the year. Enter this figure on line 2 of the DE 4. 15.

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

These Tables Are for Calculating Worksheet C and for 2023 Only

**Single Persons, Dual Income
Married or Married With Multiple Employers**

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$10,099	1.100%	\$0	\$0.00
\$10,099	\$23,942	2.200%	\$10,099	\$111.09
\$23,942	\$37,788	4.400%	\$23,942	\$415.64
\$37,788	\$52,455	6.600%	\$37,788	\$1,024.86
\$52,455	\$66,295	8.800%	\$52,455	\$1,992.88
\$66,295	\$338,639	10.230%	\$66,295	\$3,210.80
\$338,639	\$406,364	11.330%	\$338,639	\$31,071.59
\$406,364	\$677,275	12.430%	\$406,364	\$38,744.83
\$677,275	\$1,000,000	13.530%	\$677,275	\$72,419.07
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$116,083.76

Married Persons

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$20,198	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,198	\$47,884	2.200%	\$20,198	\$222.18
\$47,884	\$75,576	4.400%	\$47,884	\$831.27
\$75,576	\$104,910	6.600%	\$75,576	\$2,049.72
\$104,910	\$132,590	8.800%	\$104,910	\$3,985.76
\$132,590	\$677,278	10.230%	\$132,590	\$6,421.60
\$677,278	\$812,728	11.330%	\$677,278	\$62,143.18
\$812,728	\$1,000,000	12.430%	\$812,728	\$77,489.67
\$1,000,000	\$1,354,550	13.530%	\$1,000,000	\$100,767.58
\$1,354,550	and over	14.630%	\$1,354,550	\$148,738.20

Unmarried Head of Household

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...		PLUS
\$0	\$20,212	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,212	\$47,887	2.200%	\$20,212	\$222.33
\$47,887	\$61,730	4.400%	\$47,887	\$831.18
\$61,730	\$76,397	6.600%	\$61,730	\$1,440.27
\$76,397	\$90,240	8.800%	\$76,397	\$2,408.29
\$90,240	\$460,547	10.230%	\$90,240	\$3,626.47
\$460,547	\$552,658	11.330%	\$460,547	\$41,508.88
\$552,658	\$921,095	12.430%	\$552,658	\$51,945.06
\$921,095	\$1,000,000	13.530%	\$921,095	\$97,741.78
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$108,417.63

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

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