

Hoja Informativa

Módulo 1: Impuestos Sobre la Nómina y Retención del Impuesto Federal Sobre Ingresos

Los impuestos sobre la **nómina** y el **ingreso** son retenidos del pago del empleado por el empleador.

Los empleadores envían los impuestos retenidos al gobierno federal. Los impuestos sobre la nómina incluyen el impuesto de Seguro Social (FICA) y el Medicare.

- La tasa de impuestos para Seguro Social es 6.2 por ciento.
- La tasa de impuestos para Medicare es 1.45 por ciento.

Los empleados completan la Forma W-4(SP), Certificado de Exención de la Retención del(la) Empleado(a).

Los empleadores usan la Forma W-4(SP) para calcular la retención del impuesto sobre el ingreso.

Formulario **W-4(SP)**
 Department of the Treasury
 Internal Revenue Service

Certificado de Exención de Retenciones del Empleado

OMB No. 1545-0074

2014

► Su derecho a reclamar cierto número de descuentos o a declararse exento de la retención de impuestos está sujeto a revisión por el IRS. Su empleador puede tener la obligación de enviar una copia de este formulario al IRS.

| | | |
|------------------------------------------|----------|------------------------------|
| 1 Su primer nombre e inicial del segundo | Apellido | 2 Su número de Seguro Social |
|------------------------------------------|----------|------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dirección (número de casa y calle o ruta rural) | 3 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero retiene con la tasa mayor de Soltero Nota: Si es casado, pero está legalmente separado, o si su cónyuge es extranjero no residente, marque el recuadro "Soltero". |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) | 4 Si su apellido es distinto al que aparece en su tarjeta de Seguro Social, marque este recuadro. Debe llamar al 1-800-772-1213 para recibir una tarjeta de reemplazo. ► <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 5 Número total de exenciones que reclama (de la línea H, arriba, o de la hoja de trabajo que le corresponda en la página 2) | 5 |
| 6 Cantidad adicional, si la hay, que desea que se le retenga de cada cheque de pago | 6 \$ |
| 7 Reclamo exención de la retención para 2014 y certifico que cumplo con ambas condiciones a continuación, para la exención: <ul style="list-style-type: none"> • El año pasado tuve derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre el ingreso retenidos porque no tuve obligación tributaria alguna y • Este año tengo previsto un reembolso de todos los impuestos federales sobre los ingresos retenidos porque tengo previsto no tener una obligación tributaria. Si cumple con ambas condiciones, escriba "Exempt" (Exento) aquí ► | |
| 7 | |

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

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

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|
| 8 Nombre y dirección del empleador (Empleador: Complete las líneas 8 y 10 sólo si envía este certificado al IRS). | 9 Código de oficina (opcional) | 10 Número de identificación patronal (EIN) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|