This PDF document is optimized for use in Adobe Acrobat. Completion in a browser such as Chrome, Firefox, or Edge is not recommended.

This packet is designed for double sided paper printing.

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Agencia de Servicios de Cuidado Personal

APLICACIÓN DE EMPLEO DE ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL

Reset/clear all fields > Clear Form

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Anteriores: _____

Dirección de Correo: _____

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Es posible que nos comuniquemos con usted a través de SMS/Mensajes de texto en relación con sus servicios con CDCN. Tenga en cuenta que CDCN nunca solicitará información personal confidencial, como su número de Seguro Social, datos bancarios, dirección o fecha de nacimiento a través de mensajes de texto. Si recibe un mensaje de texto de CDCN y desea excluirse de futuros mensajes de texto, responda al mensaje inicial con "STOP".

¿Aprueba recibir mensajes de texto por parte de Consumer Direct Care Network (CDCN)? ☐ Sí ☐ No

Dirección de Correo Electrónico: _____ Número de Seguridad Social: ____ - ___ - _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Lugar de Nacimiento (Estado): _____

Nombre y Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

Idioma Principal: _____ Idioma Secundario: _____

¿Cómo se enteró acerca de trabajar para CDCN? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL/EXPERIENCIA

			Comentarios/Explicaciones:
¿Licencia de Conducir Vigente?	☐ Sí	☐ No	
¿Certificación Vigente de CPR?	☐ Sí	☐ No	
¿Certificación Vigente de Primeros Auxilios?	☐ Sí	☐ No	
¿Experiencia con Elevador de Pacientes Hoyer Lift?	☐ Sí	☐ No	
¿Puede cubrir un turno con poco tiempo de anticipación?	☐ Sí	☐ No	
¿Cualquier restricción, tales como trabajar con ciertas mascotas, fumadores o levantamiento pesado?	☐ Sí	☐ No	

CONDENAS CRIMINALES

¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen? ☐ Sí ☐ No *(En caso de responder que sí, proveer fechas y sentencias impuestas. Las condenas no necesariamente prohibirán la contratación, pero serán consideradas con relación a requerimientos específicos del trabajo).*

UBICACIONES EN LAS QUE PUEDE TRABAJAR/DISPONIBILIDAD PARA VIAJAR

¿Hacia qué zonas está dispuesto a viajar para trabajar? (rodee con un círculo o liste las ubicaciones):

El Sur de NV: ❑ Las Vegas | ❑ N. Las Vegas | ❑ Henderson | ❑ Boulder City | ❑ Summerlin | ❑ Sunrise Manor | ❑ Winchester Spring Valley | ❑ Pahrump | ❑ Laughlin | ❑ Mesquite | ❑ Logandale | ❑ Caliente

❑ Otra: _____

El Norte de NV: ❑ Reno| ❑ North Valleys (Sun Valley, Panther Valley, Golden Valley, Cold Springs)

❑ Washoe Sparks | ❑ Spanish Springs |❑ Carson City | ❑ Gardnerville | ❑ Minden | ❑ Mound House

❑ Otra: _____

10153

DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE ESTÁ DISPONIBLE PARA TRABAJAR							
	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SÁB
Hora de Inicio							
Hora de Finalización							

LISTA DE CANDIDATOS/TAREAS ADICIONALES

Estar incluido en la lista de posibles PCA (Lista de Candidatos) de Consumer Direct Care Network (CDCN) representa la oportunidad de conectarle con consumidores adicionales de CDCN luego de su colocación inicial. Los cuidadores que estén en la lista pueden querer más horas o más tareas permanentes. Usamos esta lista como una herramienta a largo plazo, corto plazo y necesidades urgentes de contratación. La Lista de Candidatos incluye su nombre, número de teléfono, disponibilidad y zona de la localidad en la que quiere trabajar. CDCN puede llamar a cuidadores de la lista para programar entrevistas y/o programas horas laborales.

Para mantenerse con buena reputación en nuestra agencia se espera que cumpla las condiciones presentes en su Manual del Empleado – prueba de TB, CPR, Primeros Auxilios, Educación Continua, revisión de antecedentes y reseñas de Coordinadores de CDCN vigentes. Si sus requerimientos caducan, será eliminado de la Lista de Candidatos. Si no está disponible para un trabajo programado luego de aceptar la tarea, debe notificar a la oficina de CDCN. Una ausencia sin llamada puede resultar en la eliminación de la Lista de Candidatos.

Su elección de debajo solamente afectará su estatus en la Lista de Candidatos. Una vez que esté contratado con un beneficiario, puede continuar trabajando con ese consumidor incluso si ha sido retirado de la lista.

Estoy de acuerdo y entiendo la información de arriba con relación a la Lista de Candidatos. Deseo:

☐ Ser incluido en la Lista de Candidatos.

☐ No ser incluido en la Lista de Candidatos. No estoy interesado en trabajo adicional luego de la colocación inicial con un consumidor. Entiendo que, al tomar esta decisión, no seré elegible para presentar Reclamos de Desempleo.

EDUCACIÓN

Tipos de Escuela	Nombre de la Escuela	Ubicación (Dirección completa)	Rodee con un círculo el último grado cursado	Especialidad y Licenciatura
Escuela Secundaria			9 10 11 12	
			9 10 11 12	
Universidad/ Negocio/ Escuela de Oficios			1 2 3 4	
			1 2 3 4	

EXPERIENCIA LABORAL Por favor, liste su experiencia de trabajo comenzando con el trabajo más reciente que ha tenido. Si era autónomo, proporcione el nombre de la firma. **Adjunte hojas adicionales de ser necesario.**			
Nombre del Empleador:	Nombre del Último Supervisor	Fechas del Empleo	Pago o Salario
Dirección:		Desde: Hasta:	Inicio: Final:
Número de Teléfono:	Su último cargo:		
Razón por la que se fue:			
Liste labores que ha tenido, tareas realizadas, habilidades utilizadas o aprendidas, progresos o ascensos mientras trabajaba en esta empresa:			

Nombre del Empleador:	Nombre del Último Supervisor	Fechas del Empleo	Pago o Salario
Dirección:		Desde: Hasta:	Inicio: Final:
Número de Teléfono:	Su último cargo:		
Razón por la que se fue:			
Liste labores que ha tenido, tareas realizadas, habilidades utilizadas o aprendidas, progresos o ascensos mientras trabajaba en esta empresa:			

Nombre del Empleador:	Nombre del Último Supervisor	Fechas del Empleo	Pago o Salario
Dirección:		Desde: Hasta:	Inicio: Final:
Número de Teléfono:	Su último cargo:		
Razón por la que se fue:			
Liste labores que ha tenido, tareas realizadas, habilidades utilizadas o aprendidas, progresos o ascensos mientras trabajaba en esta empresa:			

Referencias Liste tres referencias que puedan comprobar su carácter e historia laboral *(Requerido por el Código Administrativo de Nevada, Capítulo 449)*.		
1. ☐ **Personal** ☐ **Profesional**	Nombre de la referencia:	Teléfono:
Título de la referencia:	Parentesco:	
Información adicional:		
2. ☐ **Personal** ☐ **Profesional**	Nombre de la referencia:	Teléfono:
Título de la referencia:	Parentesco:	
Información adicional:		
3. ☐ **Personal** ☐ **Profesional**	Nombre de la referencia:	Teléfono:
Título de la referencia:	Parentesco:	
Información adicional:		

POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN

Ni el consentimiento de esta información o la entrada subsecuente a cualquier tipo de relación de empleo, ya sea en el cargo aplicado o en cualquier otro cargo, y sin importar el contenido de los manuales del empleado, manuales personales, planes de beneficios, declaraciones de políticas y elementos similares, ya que pueden existir de vez en cuando, u otras prácticas de la Empresa, deben funcionar para crear un contrato de empleo efectivo o implícito o para conferir cualquier derecho de mantener a un empleado en esta empresa. La relación no puede ser alterada, a excepción de que sea a través de un instrumento escrito que esté firmado por el Presidente de la Empresa. En caso de ser contratado, entiendo que la empresa puede cambiar o revisar unilateralmente sus beneficios, políticas y procedimientos, y que tales cambios pueden incluir la reducción de beneficios.

Autorizo la investigación de todas las declaraciones incluidas en esta aplicación. **Entiendo que la malinterpretación u omisión de datos solicitados es causa de despido en cualquier momento y sin notificación previa.** Autorizo la investigación de todos los puntos presentes en este formulario y, por la presente, otorgo permiso a la Empresa para contactar escuelas, empleadores previos, referencias y otros, y también libero a la Empresa de cualquier responsabilidad como resultado de tal contacto. En caso de ser contratado, esta Autorización permanecerá archivada. Se utilizará para obtener información actualizada acerca de mí desde el Registro Central durante mi empleo. Una fotocopia o fax de esta Autorización es tan válida como la original.

La Ley de Informes de Crédito Justos nos exige avisarle que, en conexión con nuestro procesamiento rutinario de su información de contratación, puede que solicitemos a una agencia de informes de solvencia un reporte investigativo de consumidor, incluyendo información como su carácter, reputación general, características personales y modo de vida. Tras una solicitud escrita por parte de usted, le proveeremos información adicional con relación a la naturaleza y alcance de cualquier reporte solicitado por nosotros.

Entiendo que mi contratación en esta empresa será de prueba por un período de hasta 180 días, durante el cual mi relación de empleo con la empresa es finalizable a voluntad por cualquier razón y por cualquier parte.

Firma del Aplicante: _____ **Fecha:** _____

Esta empresa es un empleador de igualdad de oportunidades y considera a los aplicantes sobre la base de cualificación sin importar el género, raza, color, discapacidad, origen nacional, religión, edad, preferencia sexual o cualquier otro criterio prohibido por leyes locales, estatales o federales.

Instrucciones para la Aplicación de Empleados

APLICANTES PARA ASISTENTES DE CUIDADO PERSONAL - Luego de haber sido seleccionado como candidato a contratar, usted debe completar, firmar y entregar la siguiente información a Consumer Direct Care Network (CDCN). Luego de la revisión y aprobación de todos los materiales entregados, CDCN le notificará por escrito cuándo podrá a comenzar a trabajar con un formulario de "Autorización para Comenzar a Trabajar".

Requerimientos de Nómina

- Formulario de Datos del Empleado/Aplicación de Empleo
- Aviso Legal de Igualdad de Oportunidades en el Empleo
- I-9 - *el Empleado completa la Sección 1, el Empleado completa la Sección 2*.
- W-4
- Formulario de Selección de Pago
- Formulario de Reconocimiento del Empleado
- Nota de Salario
- Deducción de la Nómina
- Declaración de Buen Estado de Salud
- Horas Semanales Esperadas por el Nuevo Contratado
- Licencia de Conducir y Seguro de Automóvil (de ser aplicable)

Requerimientos del Programa

- Prueba de TB de piel de dos pasos - CDCN le proporcionará información sobre ubicaciones de las clínicas
- Oportunidad de Vacunación contra la Hepatitis B - firme el formulario para aceptar o rechazar la vacunación
- Tarjetas de Huellas Dactilares o Carta de Autorización para Recolección de Huellas Dactilares - Revisión de Antecedentes Criminales
- Exención de Aplicante Civil - Revisión de Antecedentes Criminales
- Entrenamientos Completados - Entrenamiento Inicial: 16 horas. Entrenamiento Anual: 8 horas.
- Copia del Certificado CPR y de Primeros Auxilios - CDCN le proporcionará información sobre locaciones para las clases. La certificación online no es válida o suficiente.

Después de completar todos los documentos de aplicación, debe entregarlos o enviarlos a nuestra oficina estatal vía correo postal, fax o como archivos adjuntos a un correo electrónico, utilizando la información de contacto de debajo.

Recordatorio: Usted no puede comenzar a trabajar como empleado hasta que todos los requisitos listados arriba sean completados, entregados y aprobados, y que CDCN le entregue un formulario de "Autorización para Comenzar a Trabajar". Necesitará mantenerse en cumplimiento con las regulaciones de Medicaid y requerimientos del programa como condición de empleo a través de CDCN.

Recordatorio: Las instrucciones de la EVV de CareAttend y los formularios relacionados con la nómina pueden descargarse desde el sitio web de CDCN Nevada: http://consumerdirectnv.com/

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

DIVULGACIÓN DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO

Nombre: _____ # de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____ Empresa: CDNV

El propósito de este cuestionario es ayudar con el cumplimiento de la retención de registros gubernamentales requerida y/o con requisitos de reportes. **Esta información no se tomará en cuenta en el proceso de selección/empleo.** La información solicitada es voluntaria y no será objeto de ningún trato negativo en caso de elegir no completar el cuestionario. De proporcionarse, la información se utilizará para fines estadísticos y de reportes y no para identificar a individuos específicos.

Género (por favor seleccione el género con el que más se identifica):

☐ Masculino ☐ Femenino

Raza/Identificación étnica:

Por favor marque **una casilla** que describa la raza/categoría étnica (conforme a lo definido por la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo) con la que se identifique principalmente:

☐ Hispano o latino	Una persona de origen o cultura mexicana, puertorriqueña, cubana, centro o sudamericana o cualquier otra cultura u origen hispano, independientemente de su raza.

-O-

☐ Blanco (no hispano o latino)	Una persona que proviene de los pueblos originarios de Europa, el Norte de África o el Medio Oriente.
☐ Indio americano o nativo de Alaska (no hispano o latino)	Una persona que proviene de cualquiera de los pueblos originarios de Norte o Sudamérica y que mantienen una identificación cultural a través de afiliación a una tribu o comunidad.
☐ Negro o afroamericano (no hispano o latino)	Una persona que proviene de cualquiera de los pueblos originarios de África.
☐ Asiático (no hispano o latino)	Una persona que proviene de cualquiera de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sur de Asia o el Subcontinente Indio que incluyen, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Filipinas, Tailandia y Vietnam.
☐ Nativo hawaiano o de otra Isla del Pacífico (no hispano o latino)	Una persona que proviene de uno de los pueblos de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
☐ Dos o más razas (no hispano o latino)	Una persona que se identifica con más de una de las razas indicadas previamente.

Declina identificarse:

☐ No deseo identificarme.

Si bien no deseo identificar mi género, origen étnico y/o raza, comprendo que el gobierno federal requiera a mi empleador determinar esta información (completar este formulario) a través de un análisis visual y/u otra información disponible.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

Opción del personal:

Only sign here if employee declined to self-identify their gender, ethnicity and/or race, and you were the employee who determined this information by "visual survey" and/or other available information.

Staff Signature (completed this form): _____ **Date**: _____

09525

Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security

U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 05/31/2027

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

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

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

Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)

Address (Street Number and Name)	Apt. Number (if any)	City or Town	State	ZIP Code

Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number	Employee's Email Address	Employee's Telephone Number

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.

Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):

- ☐ 1. A citizen of the United States
- ☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)
- ☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)
- ☐ 4. An alien authorized to work until (exp. date, if any) _____

If you check **Item Number 4.**, enter one of these:

USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance

Signature of Employee	Today's Date (mm/dd/yyyy)

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

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

	List A	OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)					
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

☐ 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):

Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (mm/dd/yyyy)
Managing Employer		

Employer's Business or Organization Name	Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code
Consumer Direct Services for Nevada	1005 Terminal Way, Suite 125, Reno NV 98502

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		**1.** Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address		**1.** A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: **(1)** NOT VALID FOR EMPLOYMENT **(2)** VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION **(3)** VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION
2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551)		**2.** ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address		**2.** Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240)
3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa		**3.** School ID card with a photograph		**3.** Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal
4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766)		**4.** Voter's registration card		**4.** Native American tribal document
5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: **a.** Foreign passport; and **b.** Form I-94 or Form I-94A that has the following: **(1)** The same name as the passport; and **(2)** An endorsement of the individual's status or parole as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form.		**5.** U.S. Military card or draft record		**5.** U.S. Citizen ID Card (Form I-197)
		6. Military dependent's ID card		**6.** Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179)
		7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card		**7.** Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security For examples, see **Section 7** and **Section 13** of the M-274 on **uscis.gov/i-9-central**. The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, **Item Number 4.** document, not a List C document.
		8. Native American tribal document		
		9. Driver's license issued by a Canadian government authority		
		For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:		
		10. School record or report card		
		11. Clinic, doctor, or hospital record		
		12. Day-care or nursery school record		
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				

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.**	First Name *(Given Name)* from **Section 1.**	Middle initial (if any) from **Section 1.**

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

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

Signature of Preparer or Translator			Date *(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

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

Form **W-4**

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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.

OMB No. 1545-0074

2026

Step 1: Enter Personal Information

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		**Does your name match the name on your social security card?** If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to *www.ssa.gov*.
City or town, state, and ZIP code		

(c) ☐ **Single** or **Married filing separately**
☐ **Married filing jointly** or **Qualifying surviving spouse**
☐ **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.)

Caution: To claim certain credits or deductions on your tax return, you (and/or your spouse if married filing jointly) are required to have a social security number valid for employment. See page 2 for more information.

TIP: Consider using the estimator at *www.irs.gov/W4App* to determine the most accurate withholding for the rest of the year if you: are completing this form after the beginning of the year; expect to work only part of the year; or have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), dependents, other income (not from jobs), deductions, or credits. Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

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

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) Use the estimator at *www.irs.gov/W4App* for the most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**

(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 Step 2(b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, Step 2(b) is more accurate . . . . . ☐

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):

(a) Multiply the number of qualifying children under age 17 by $2,200 . . . . . **3(a)** $

(b) Multiply the number of other dependents by $500 . . . **3(b)** $

Add the amounts from Steps 3(a) and 3(b), plus the amount for other credits. Enter the total here . . . . . **3** $

Step 4: 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. Use the Deductions Worksheet on page 4 to determine the amount of deductions you may claim, which will reduce your withholding. (If you skip this line, your withholding will be based on the standard deduction.) Enter the result here . . **4(b)** $

(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each **pay period** . . **4(c)** $

Exempt from withholding

I claim exemption from withholding for 2026, and I certify that I meet **both** of the conditions for exemption for 2026. See *Exemption from withholding* on page 2. I understand I will need to submit a new Form W-4 for 2027 . ☐

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 unless otherwise noted.

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 2026 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2025 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2026. You had no federal income tax liability in 2025 if (1) your total tax on line 24 on your 2025 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27a, 28, 29, and 30), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2026 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions by checking the box in the *Exempt from withholding* section. 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 16, 2027.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

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

1. Are submitting this form after the beginning of the year;

2. Expect to work only part of the year;

3. Have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), or number of dependents, or changes in your deductions or credits;

4. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or

5. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

TIP: Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator to account for federal income tax that has already been withheld this year. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

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

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

Specific Instructions

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

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work. Submit a separate Form W-4 for each job.

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

Instead, 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 accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount of tax withheld will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.

CAUTION

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 (and/or your spouse if married filing jointly) must have the required social security number to claim certain credits. 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.

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 15, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2026 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for qualified tips, overtime compensation, and passenger vehicle loan interest; student loan interest; IRAs; and seniors. You (and/or your spouse if married filing jointly) must have the required social security number to claim certain deductions. For additional eligibility requirements, see Pub. 501.

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 when you file your tax return.

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; or, you can use the online withholding estimator at *www.irs.gov/W4App*.

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 5. 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 5 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 5 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 (plus any other additional amount you want withheld) . . . . . **4** $ _____

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

See the Instructions for Schedule 1-A (Form 1040) for more information about whether you qualify for the deductions on lines 1a, 1b, 1c, 3a, and 3b.

1 Deductions for qualified tips, overtime compensation, and passenger vehicle loan interest.

- **a** **Qualified tips.** If your total income is less than $150,000 ($300,000 if married filing jointly), enter an estimate of your qualified tips up to $25,000 . . . **1a** $
- **b** **Qualified overtime compensation.** If your total income is less than $150,000 ($300,000 if married filing jointly), enter an estimate of your qualified overtime compensation up to $12,500 ($25,000 if married filing jointly) of the "and-a-half" portion of time-and-a-half compensation . . . **1b** $
- **c** **Qualified passenger vehicle loan interest.** If your total income is less than $100,000 ($200,000 if married filing jointly), enter an estimate of your qualified passenger vehicle loan interest up to $10,000 **1c** $

2 Add lines 1a, 1b, and 1c. Enter the result here . . . **2** $

3 **Seniors age 65 or older.** If your total income is less than $75,000 ($150,000 if married filing jointly):

- **a** Enter $6,000 if you are age 65 or older before the end of the year . . . **3a** $
- **b** Enter $6,000 if your spouse is age 65 or older before the end of the year and has a social security number valid for employment . . . **3b** $

4 Add lines 3a and 3b. Enter the result here . . . **4** $

5 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, educator expenses, alimony paid, and certain other adjustments from Schedule 1 (Form 1040), Part II. See Pub. 505 for more information . . . **5** $

6 **Itemized deductions.** Enter an estimate of your 2026 itemized deductions from Schedule A (Form 1040). Such deductions may include qualifying:

- **a** **Medical and dental expenses.** Enter expenses in excess of 7.5% (0.075) of your total income . **6a** $
- **b** **State and local taxes.** If your total income is less than $505,000 ($252,500 if married filing separately), enter state and local taxes paid up to $40,400 ($20,200 if married filing separately) . **6b** $
- **c** **Home mortgage interest.** If your home acquisition debt is less than $750,000 ($375,000 if married filing separately), enter your home mortgage interest expense (including mortgage insurance premiums) . . . **6c** $
- **d** **Gifts to charities.** Enter contributions in excess of 0.5% (0.005) of your total income . . . **6d** $
- **e** **Other itemized deductions.** Enter the amount for other itemized deductions . . . **6e** $

7 Add lines 6a, 6b, 6c, 6d, and 6e. Enter the result here . . . **7** $

8 **Limitation on itemized deductions.**

- **a** Enter your total income . . . **8a** $
- **b** Subtract line 4 from line 8a. If line 4 is greater than line 8a, enter -0- here and on line 10. Skip line 9 **8b** $

9 Enter:
- $768,700 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse
- $640,600 if you're single or head of household
- $384,350 if you're married filing separately

. . . **9** $

10 If line 9 is greater than line 8b, enter the amount from line 7. Otherwise, multiply line 7 by 94% (0.94) and enter the result here . . . **10** $

11 **Standard deduction.**

Enter:
- $32,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse
- $24,150 if you're head of household
- $16,100 if you're single or married filing separately

. . . **11** $

12 **Cash gifts to charities.** If you take the standard deduction, enter cash contributions up to $1,000 ($2,000 if married filing jointly) . . . **12** $

13 Add lines 11 and 12. Enter the result here . . . **13** $

14 If line 10 is greater than line 13, subtract line 11 from line 10 and enter the result here. If line 13 is greater than line 10, enter the amount from line 12 . . . **14** $

15 Add lines 2, 4, 5, and 14. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4 . . . **15** $

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

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

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

wisely by ADP

Control financiero: ¡Ahora es posible!

Controle su dinero con una cuenta digital de Wisely®[1].

Reciba pagos con anticipación[2].

Ya sea que quiera pagar una factura u obtener dinero para planes de último momento, Wisely le permite obtener el dinero con hasta 2 días de anticipación[2].

Ahorre y organice su dinero como quiera.

Realice un seguimiento de su saldo y sus gastos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y obtenga importantes ahorros[3].

Realice compras con confianza.

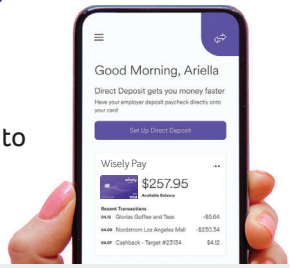
Pague en línea, en la tienda, en la aplicación o por teléfono dondequiera que se acepten tarjetas de débito Visa® o Mastercard®.

Evite los cargos del cajero automático.

Acceda a una red de 90 000 cajeros automáticos sin cargo a nivel nacional[4].

¡Aproveche todos los beneficios de Wisely hoy mismo!

Hable con su departamento de Nóminas.



Administre su dinero como quiera.

Afford yourself every advantage™.

[1] La tarjeta Wisely es una tarjeta prepagada. La cuenta digital se requiere para la administración y el mantenimiento de su tarjeta prepaga en línea de forma digital o mediante una aplicación móvil. La tarjeta Wisely no es una tarjeta de crédito, por cual no otorga crédito.

[2] Debe iniciar sesión en la aplicación myWisely o en su cuenta de mywisely.com para inscribirse en el depósito directo anticipado. No se garantiza el depósito directo anticipado de los fondos y queda sujeto a los plazos de la orden de pago del pagador. La referencia acerca del plazo de financiación más rápido se establece al comparar nuestra política de extender los fondos al recibir la orden de pago con la práctica bancaria habitual de otorgar los fondos al momento de la liquidación. Consulte las reglas completas en mywisely.com o en la aplicación myWisely. Si tiene una tarjeta Wisely Pay o Wisely Cash (vea el reverso), se requiere una actualización que es posible que no esté disponible para todos los tarjetahabientes. Permita que pase un plazo de hasta 3 semanas después de la configuración inicial del depósito directo para que su pago se cargue a su tarjeta.

[3] Los montos transferidos a su sobre de ahorros ya no aparecerán en su saldo disponible. Puede restituirlos a su saldo disponible en cualquier momento con la aplicación myWisely o desde su cuenta de mywisely.com.

[4] El número de transacciones en cajero automático sin cargo podría estar limitado. Inicie sesión en la aplicación myWisely o en mywisely.com para consultar el acuerdo del tarjetahabiente y la lista de todos los cargos a fin de obtener más información.

La tarjeta Wisely Pay Visa® es emitida por Fifth Third Bank N.A., miembro de FDIC, o Pathward, N.A., miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta Wisely Pay Mastercard® es emitida por Fifth Third Bank N.A., miembro de FDIC, o Pathward, N.A, miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated. ADP es una ISO registrada de Fifth Third Bank, N.A, o Pathward, N.A. La tarjeta Wisely Pay Visa se puede usar en todos los establecimientos donde se acepte la tarjeta de débito Visa. Visa y el logotipo de Visa son marcas comerciales registradas de Visa International Service Association. La tarjeta Wisely Pay Mastercard puede usarse donde se acepten tarjetas de débito Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas comerciales registradas de Mastercard International Incorporated. ADP, el logotipo de ADP, Wisely, myWisely y el logotipo de Wisely son marcas comerciales registradas de ADP, Inc.

Copyright © 2022 ADP, Inc. Todos los derechos reservados.

FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PAGO

Nombre del empleado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Los pagos de Consumer Direct Care Network (CDCN) se realizan mediante depósito directo a una cuenta bancaria o tarjeta de pago. Los comprobantes de pago (talones) se le enviarán por correo a la dirección que tiene registrada con nosotros.

Marque una de las siguientes opciones de pago.

Nota: Se le inscribirá en la opción de tarjeta Wisely Pay si (1) no hace ninguna selección a continuación, o (2) selecciona el depósito directo a una cuenta bancaria pero proporciona información de cuenta no válida o su cuenta.

☐ **Depósito directo a una cuenta de Wisely Pay Card.** Autorizo a CDCN a emitirme una tarjeta Wisely Pay. La tarjeta estará vinculada a mi identificación en el archivo. CDCN hará depósitos de nómina en la cuenta de mi tarjeta. Recibiré la tarjeta en 7 a 10 días hábiles después del procesamiento inicial.

☐ **Depósito directo a una cuenta de cheques, ahorros o tarjeta de pago existente.** Autorizo a CDCN a iniciar depósitos de nómina en mi banco o institución financiera.

El nombre de mi banco es: _____

El tipo de cuenta es: (marque una opción) ☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Tarjeta de pago

SE REQUIERE UN ANEXO.

Para una cuenta de cheques. Adjunte un cheque anulado. Este es el preferido. Un formulario de depósito directo emitido por un banco o una carta bancaria también son aceptables

Para una cuenta de ahorros o tarjeta de pagos. Adjunte un formulario de depósito directo emitido por el banco o una carta bancaria.

* *No envíe una boleta de depósito. Los códigos bancarios (números de ruta) difieren de los números de ruta de depósito directo.*

Reconocimiento. Autorizo a CDCN a procesar mi método de pago seleccionado. Entiendo que:

- CDCN se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de depósito directo.
- Soy responsable de confirmar que se haya realizado cada depósito. Debo pagar cualquier cargo causado por sobregiros en mi cuenta.
- Todos los depósitos directos se realizan a través de una Cámara de Compensación Automatizada (CCA). El procesamiento está sujeto a los términos de la CCA. También se aplicarán las condiciones y los términos de mi banco.
- Si se llegaran a realizar depósitos en mi cuenta por error, autorizo a CDCN a debitar mi cuenta para corregir el error. Si no se puede debitar mi cuenta debido al cierre o al saldo insuficiente, entonces CDCN podrá retener pagos futuros hasta que se paguen las cantidades depositadas erróneamente.
- Es posible que reciba un cheque en papel mientras se configura el método de pago que seleccioné.
- Debo enviar un nuevo formulario de selección de pago a CDCN si deseo cambiar mi opción de depósito directo.

_____ _____

Firma del Empleado *Fecha*

02593

Calendario de Nómina 2026

Clave de símbolos: ◯ Día de paga △ Asuetos bancarios y postales

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

ENERO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
				△1	2	3
4	5	6	7	8	◯9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	△19	20	21	22	◯23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
1	2	3	4	5	◯6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	△16	17	18	19	◯20	21
22	23	24	25	26	27	28

MARZO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
1	2	3	4	5	◯6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	◯20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

ABRIL

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			1	2	◯3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	◯17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

MAYO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
					◯1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	◯15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	△25	26	27	28	◯29	30
31						

JUNIO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	◯12	13
14	15	16	17	18	△19	20
21	22	23	24	25	◯26	27
28	29	30				

JULIO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			1	2	△3	4
5	6	7	8	9	◯10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	◯24	25
26	27	28	29	30	31	

AGOSTO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
						1
2	3	4	5	6	◯7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	◯21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTIEMBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	◯4	5
6	△7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	◯18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

OCTUBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
				1	◯2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	△12	13	14	15	◯16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	◯30	31

NOVIEMBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	△11	12	◯13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	◯25	△26	27	28
29	30					

DICIEMBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	◯11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	◯24	△25	26
27	28	29	30	31		

Asuetos bancarios y de las oficinas postales en 2026

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

*__Día de Año Nuevo__ - Jueves 1 de Enero

*__Día de Martin Luther King, Jr.__ - Lunes 19 de Enero

Día de los Presidentes - Lunes 16 de Febrero

*__Día de los Caídos__ - Lunes 25 de Mayo

*__Juneteenth__ - Viernes 19 de Junio

*__Día de la Independencia__ - Viernes 3 de Julio

*__Día del Trabajo__ - Lunes 7 de Septiembre

Día de Colón - Lunes 12 de Octubre

*__Día de los Veteranos__ - Miércoles 11 de Noviembre

*__Día de Acción de Gracias__ - Jueves 26 de Noviembre

*__Día de Navidad__ - Viernes 25 de Diciembre

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Las semanas laborales son de Domingo a Sábado. Debes enviar tiempo tu diariamente usando EVV. Las correcciones deben ser entregadas antes de la fecha límite. El retraso en el tiempo o el tiempo con errores puede resultar en un pago atrasado. ¡Gracias!

Periodo de paga de dos semanas		Fecha limite de correcciones a tiempo	Fecha de pago
Fecha de inicio	Fecha de finalización		
Domingo	**Sábado**	**Lunes**	**Viernes**
12/14/2025	12/27/2025	12/29/2025	1/9/2026
12/28/2025	1/10/2026	1/12/2026	1/23/2026
1/11/2026	1/24/2026	1/26/2026	2/6/2026
1/25/2026	2/7/2026	2/9/2026	2/20/2026
2/8/2026	2/21/2026	2/23/2026	3/6/2026
2/22/2026	3/7/2026	3/9/2026	3/20/2026
3/8/2026	3/21/2026	3/23/2026	4/3/2026
3/22/2026	4/4/2026	4/6/2026	4/17/2026
4/5/2026	4/18/2026	4/20/2026	5/1/2026
4/19/2026	5/2/2026	5/4/2026	5/15/2026
5/3/2026	5/16/2026	5/18/2026	5/29/2026
5/17/2026	5/30/2026	6/1/2026	6/12/2026
5/31/2026	6/13/2026	6/15/2026	6/26/2026
6/14/2026	6/27/2026	6/29/2026	7/10/2026
6/28/2026	7/11/2026	7/13/2026	7/24/2026
7/12/2026	7/25/2026	7/27/2026	8/7/2026
7/26/2026	8/8/2026	8/10/2026	8/21/2026
8/9/2026	8/22/2026	8/24/2026	9/4/2026
8/23/2026	9/5/2026	9/7/2026	9/18/2026
9/6/2026	9/19/2026	9/21/2026	10/2/2026
9/20/2026	10/3/2026	10/5/2026	10/16/2026
10/4/2026	10/17/2026	10/19/2026	10/30/2026
10/18/2026	10/31/2026	11/2/2026	11/13/2026
11/1/2026	11/14/2026	11/16/2026	11/25/2026*
11/15/2026	11/28/2026	11/30/2026	12/11/2026
11/29/2026	12/12/2026	12/14/2026	12/24/2026*
12/13/2026	12/26/2026	12/28/2026	1/8/2027
12/27/2026	1/9/2027	1/11/2027	1/22/2027

Consumer Direct Care Network Nevada
1005 Terminal Way, Suite 125
Reno, NV 89502-2179

Teléfono: 877-786-4999
Fax: 877-786-4998
Correo electrónico: infoCDNV@ConsumerDirectCare.com
Página web: www.ConsumerDirectNV.com

CONFIRMACIÓN DEL EMPLEADO

Yo, _____ acuerdo y reconozco lo siguiente:
(Nombre del empleado en letra de molde)

1. **Manual para Empleados**
   He recibido una copia del Manual para Empleados de Consumer Direct Care Network Nevada (CDCN). Proporciona lineamientos laborales sobre las políticas, procedimientos y programas de CDCN. El Manual no es un contrato de empleo.

   Acuerdo leer y comprender la información del Manual. Es mi responsabilidad acatar todas las políticas y procedimientos del Manual. En caso de dudas, puedo preguntar a CDCN. CDCN puede cambiar o actualizar las políticas, los procedimientos o cualquier información del Manual en cualquier momento.

2. **Revisión del Plan de Servicio de cada Consumidor**
   Debo revisar el Plan de Servicio de cada consumidor con el que trabaje. Comprendo que proporcionaré servicios conforme a lo agendado por CDCN.

3. **Formulario de Cambio de Estado**
   He recibido un Formulario de Cambio de Estado Acuerdo notificar a CDCN en un plazo de diez (10) días sobre cualquier cambio a mi nombre, dirección, número de teléfono, licencias y certificaciones. Esto incluye condenas y cargos penales que se presenten en mi contra. Notificaré a CDCN de inmediato si renuncio.

4. **Fecha de entrada en vigor**
   Puedo comenzar a trabajar cuando CDCN apruebe mis materiales de inscripción y reciba una carta de Aprobación para Trabajar (Okay to Work) de CDCN.

5. **Capacitación**
   Completaré:
   - Dieciséis (16) horas de capacitación inicial tras mi contratación y
   - Ocho (8) horas de educación continua cada año.

6. **Depósito directo**
   - CDCN ofrece dos opciones de pago vía depósito directo. Puedo especificar una cuenta bancaria o elegir una tarjeta monedero. Si cambio mi opción de depósito directo, deberé enviar un nuevo Formulario de Selección de Paga.
   - CDCN emite pagos cada dos semanas. CDCN le envía talones de paga (un resumen del salario) y formularios W-2 por correo de primera clase a la dirección que tienen en su expediente o de forma electrónica.
   - CDCN puede retener salarios por pagos excedentes.

7. **Horas extra**
   No está permitido trabajar horas extra sin aprobación previa por escrito de CDCN. Comprendo que las horas extra se definen como trabajar más de ocho (8) horas en un día o cuarenta (40) horas en una semana.

8. **Verificación Electrónica de Visitas (EVV)**
   He recibido una guía de usuario del EVV información de CareAttend. Los requisitos incluyen:
   - Registrar el inicio y salida de cada turno trabajado utilizando el sistema de EVV CareAttend.
   - Si el sistema no está disponible o si olvido marcar mi entrada o salida, presentaré una corrección física en papel con la firma del Consumidor. El pago de salarios puede retrasarse.

No cumplir con las normas de EVV puede dar pie a medidas correctivas por parte de CDCN, que puede incluir el despido.

9. Requisitos del Programa

El estado de Nevada requiere certificaciones vigentes de Primeros Auxilios/RCP, pruebas de Tuberculosis, horarios de capacitación de cuidadores y verificaciones de antecedentes vía huellas dactilares. Debo cumplir con los requisitos o se suspenderá mi empleo.

Comprendo que no se me podrá pagar por ningún servicio prestado si:

- El Consumidor está en el hospital o en una cita médica.
- No se pueden desempeñar las tareas autorizadas en el Plan de Servicio con el Consumidor.

10. Notificación en cuanto a Automóviles

Las tareas que involucran conducir para el Consumidor solo se permiten si están autorizadas por el Plan de Servicio del Consumidor. Me aseguraré de que todos los coches que se usen para prestar servicios cuenten con seguro automotriz que satisfaga los requisitos mínimos del Estado. No desempeñaré tareas que involucren conducir para el Consumidor sin una licencia de conducir vigente. Acuerdo notificar a CDCN si mi estado en cuanto a la conducción cambia.

11. Responsabilidades del Asistente de Atención Personal

Como cuidador de CDCN, soy responsable de:

- Cumplir con el programa.
- Llevar registros y conservar documentos.
- Confidencialidad.
- Seguir en Plan de Servicio de cada Consumidor.
- Informar sobre Sucesos Graves en un plazo de 24 horas, lo que incluye, entre otros: lesiones en el trabajo, caídas (con o sin lesiones), hospitalizaciones no planificadas, visitas a la sala de emergencias/atención de urgencia y agresiones/maltrato/abandono/explotación.
- Revisar y comprender las disposiciones del Código Administrativo de Nevada 449.396 a 449.3982, titulado Agencias para Proporcionar Servicios de Atención Personal en Casa antes de prestar servicios. Reconozco que CDCN me proporcionó una copia o acceso electrónico a estos códigos administrativos.
    - https://www.leg.state.nv.us/nac/nac-449.html
- Revisar y comprender las disposiciones del Estatuto Revisado de Nevada 449 sobre Instalaciones Médicas y otras entidades relacionadas antes de prestar los servicios. Confirmo que CDCN me ha proporcionado una copia o acceso electrónico a estos estatutos.
    - https://www.leg.state.nv.us/nrs/nrs-449.html

12. Respuesta a Emergencias/Atención que No es de Emergencia

Los servicios prestados bajo este programa no pretenden ser servicios médicos intensivos o de emergencia. Cualquier situación médica potencialmente peligrosa debe notificarse al médico de cabecera del Consumidor y/o los servicios de emergencia locales, como el 911, según sea el caso.

Recibiré capacitación sobre cómo responder a emergencias, incluidos incendios y emergencias médicas, etc. CDCN también revisará conmigo el Plan de Emergencia y Respaldo del Consumidor.

_____ _____

Firma del empleado Fecha

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Agencia de Servicios de Cuidado Personal

MEMORANDO DE SALARIO

Nombre del Empleado	Nombre del Consumidor	Nro. de ID de CDCN del Consumidor

Cargo: ☐ Asistente de Cuidado Personal ☐ Asistente de Cuidado Personal Principal

Fecha Efectiva: _____

Salario:

Servicio:	Salario:
Cuidado Personal (PCS); Programa PAS - Cuidado Personal; Programa Cope - Cuidado Personal; Exención - Supervisión Social	$17.00/hora
Cuidado Personal (Pago Privado)	
Alivio (Exención)	$17.00/hora
Amo de casa y quehaceres (Exención)	$17.00/hora
Servicios Administrativos (ADMIN)	
Entrenamiento	$17.00/hora
Puerta a puerta (tiempo de viaje)	$17.00/hora
Millaje	$0.28/milla
De guardia - Día de semana De guardia - Fin de semana De guardia - Día feriado	$15.00/día $20.00/día $20.00/día

Horas Extra: Las horas extra generalmente no están permitidas. Cualquier excepción debe ser aprobada previamente al tiempo trabajado y por escrito a través de la oficina de Consumer Direct Care Network (CDCN). Las horas extra están definidas como más de 8 horas diarias o más de 40 horas a la semana. Antes de trabajar en un cronograma de horas extra, usted necesitará contar con la aprobación de CDCN y firmar un Acuerdo de Salario Modificado.

Pago en Días Feriados: El 1.5 X del salario regular por trabajo en días feriados, como está establecido en el manual de empleado de CDCN.

☐ Nuevo Asistente/Memorando de Salario Inicial: _____ _____

Firma del Asistente Fecha

_____ _____

Firma del Representante de CDCN Fecha

☐ Asistente Actual/Antes del Memorando del Salario Archivado: Yo, el Representante de CDCN, he conversado sobre esta información del salario actual y he proporcionado un(os) código(s) de servicio(s) precisos telefónicamente con este Asistente.

_____ _____

Firma del Representante de CDCN Fecha/Hora de la llamada

10157

DEDUCCIÓN DE LA NÓMINA

Para las verificaciones requeridas de huellas dactilares y antecedentes

_____

Nombre del empleado (por favor, en letra de molde)

Consumer Direct Care Network (CDCN) está ofreciendo asistir a los cuidadores con los costos por las verificaciones de huellas dactilares y antecedentes requeridas por el Estado. CDCN compartirá el costo total de las verificaciones de huellas dactilares y antecedentes a modo 50/50 con el cuidador. CDCN pagará el costo por adelantado y deducirá los pagos del 50% del costo total de las verificaciones de huellas dactilares y antecedentes de los cheques de pago iniciales hasta que el costo esté pagado.

Por favor, complete la sección de debajo para aceptar o renunciar a la deducción de la nómina.

☐ **Aceptar la Deducción de la Nómina**

El 50% del costo total de las verificaciones de huellas dactilares y antecedentes será dividido en pagos iguales que serán deducidos de sus cheques de pago iniciales (las deducciones continuarán hasta que sea pagado el 50% del costo total de las verificaciones de huellas dactilares y antecedentes).

Mi firma abajo autoriza a CDCN a realizar las deducciones de nómina especificadas arriba.

_____ _____

Firma del empleado *Fecha*

O

☐ **Renunciar a la Deducción de la Nómina**

Autorizo a CDMS a renunciar a la deducción de la nómina debido a que CDCN Nevada no incurrirá en ningún costo para obtener los reportes de antecedentes del Estado y del FBI de este cuidador.

_____ _____

Firma del empleado de CDNV *Fecha*

Solo para uso oficial:

Monto Total de la Deducción	Deducción por Cheque de Pago	Nro. de Cheques de Pag	Fecha de Finalización

02236

Statement of Good Health

This person is in a state of good health, is free from active tuberculosis and any other communicable disease in a contagious stage.

_____ _____

Physician's Signature *Date*

_____ _____

Physician's Name (please print) Caregiver's Name (please print)

_____ _____

Office Address Address of Caregiver

_____ _____

Office Phone Number Phone Number of Caregiver

Please return the completed form to Consumer Direct Care Network:

1005 Terminal Way, Suite #125
Reno, NV 89502-2179

Toll Free Fax: 1-877-786-4998
Email: InfoCDNV@consumerdirectcare.com

02180

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B

_____
Nombre del Empleado

El empleado nombrado arriba está autorizado para recibir o completar la serie de vacunación contra la Hepatitis B mediante un(a) Enfermero(a) de Salud Pública, Clínica Local o Concentra, y cargar los pagos a Consumer Direct Care Network (CDCN) en:

Consumer Direct Care Network
1005 Terminal Way, Suite # 125
Reno, NV 89502-2179

Teléfono: 1-877-786-4999
Fax: 1-877-786-4998

***** PERSONAL CLÍNICO O DE SALUD *****

ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA A MENOS DE QUE ESTÉ FIRMADA

_____ _____
Aprobación de la Autorización: Representante de CDCN FECHA

ACEPTACIÓN/DECLINACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B

Entiendo que debido a mi exposición ocupacional a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, puede que esté en riesgo de infectarme con el virus de la Hepatitis B (HBV, por sus siglas en inglés). He tenido la oportunidad de recibir la vacunación contra la Hepatitis B sin ningún tipo de cargo. En este momento puedo declinar la vacunación contra la Hepatitis B. Entiendo que, si declino esta vacuna, continuaré en riesgo de contagiarme con Hepatitis B, una enfermedad grave. Entiendo que puedo elegir recibir la vacuna ahora o en una fecha futura, siempre y cuando esté empleado por Consumer Direct Care Network.

Elijo: ☐ ser vacunado ☐ declinar la vacunación

_____ _____
Firma del empleado *Fecha*

00366

STATE OF NEVADA

JOE LOMBARDO
Governor

RICHARD WHITLEY, MS
Director,DHHS

LISA SHERYCH
Administrator

LEON RAVIN, M.D.
Chief Medical Officer

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF PUBLIC AND BEHAVIORAL HEALTH
BUREAU OF HEALTH CARE QUALITY AND COMPLIANCE
727 Fairview Dr., Suite E, Carson City, NV 89701
Telephone: 775-684-1030, Fax: 775-684-1073
dpbh.nv.gov

NOTICE OF NONCRIMINAL JUSTICE APPLICANT'S RIGHTS, CONSENTS AND SELF DISCLOSURE OF CRIMINAL HISTORY

FINGERPRINT BACKGROUND WAIVER – NOTICE OF NONCRIMINAL JUSTICE APPLICANT'S RIGHTS

As an applicant who is the subject of a Federal Bureau of Investigation (FBI) fingerprint-based criminal history record check for a noncriminal justice purpose you have certain rights which are discussed below.

1. You must be notified by (enter name of requesting agency) Consumer Direct Services for Nevada that your fingerprints will be used to check the criminal history records of the FBI and the State of Nevada.

2. If you have a criminal history record, the officials making a determination of your suitability for the job, license or other benefit for which you are applying must provide you the opportunity to complete or challenge the accuracy of the information in the record. You may review and challenge the accuracy of any and all criminal history records which are returned to the submitting agency. The proper forms and procedures will be furnished to you by the Nevada Department of Public Safety, Records Bureau upon request. If you decide to challenge the accuracy or completeness of your FBI criminal history record, Title 28 of the Code of Federal Regulations, Section 16.34, provides for the proper procedure to do so:

> **16.34 - Procedure to obtain change, correction or updating of identification records.**
> If, after reviewing his/her identification record, the subject thereof believes that it is incorrect or incomplete in any respect and wishes changes, corrections or updating of the alleged deficiency, he/she should make application directly to the agency which contributed the questioned information. The subject of a record may also direct his/her challenge as to the accuracy or completeness of any entry on his/her record to the FBI, Criminal Justice Information Services (CJIS) Division, ATTN: SCU, Mod. D-2, 1000 Custer Hollow Road, Clarksburg, WV 26306. The FBI will then forward the challenge to the agency which submitted the data requesting that agency to verify or correct the challenged entry. Upon the receipt of an official communication directly from the agency which contributed the original information, the FBI CJIS Division will make any changes necessary in accordance with the information supplied by that agency.

3. Based on 28 CFR § 50.12 (b), officials making such determinations should not deny the license or employment based on information in the record until the applicant has been afforded a reasonable time to correct or complete the record or has declined to do so.

4. You have the right to expect that officials receiving the results of the fingerprint-based criminal history record check will use it only for authorized purposes and will not retain or disseminate it in

violation of federal or state statute, regulation or executive order, or rule, procedure or standard established by the National Crime Prevention and Privacy Compact Council.

5. I hereby authorize (enter name of requesting agency) Consumer Direct Services for Nevada, to submit a set of my fingerprints to the Nevada Department Public Safety, Records Bureau for the purpose of accessing and reviewing State of Nevada and FBI criminal history records that may pertain to me.

In giving this authorization, I expressly understand that the records may include information pertaining to notations of arrest, detainments, indictments, information or other charges for which the final court disposition is pending or is unknown to the above referenced agency. For records containing final court disposition information, I understand that the release may include information pertaining to dismissals, acquittals, convictions, sentences, correctional supervision information and information concerning the status of my parole or probation when applicable.

6. I hereby release from liability and promise to hold harmless under any and all causes of legal action, the State of Nevada, its officer(s), agent(s) and/or employee(s) who conducted my criminal history records search and provided information to the submitting agency for any statement(s), omission(s), or infringement(s) upon my current legal rights. I further release and promise to hold harmless and covenant not to sue any persons, firms, institutions or agencies providing such information to the State of Nevada on the basis of their disclosures. I have signed this release voluntarily and of my own free will.

CONSENT TO CHECK OF REGISTRIES

I consent to have a check of registries conducted, including, but not limited to, any government abuse registries, licensing registries, sexual abuse registries, the Office of Inspector General List of Excluded Individuals and Entities registry and any other registries that may be required by the Division of Public and Behavioral Health.

SELF DISCLOSURE STATEMENT OF CRIMINAL HISTORY

I attest that I have never been convicted of any of the following crimes:

- Murder, voluntary manslaughter or mayhem;
- Assault or battery with intent to kill or to commit sexual assault or mayhem;
- Sexual assault, statutory sexual seduction, incest, lewdness or indecent exposure, or any other sexually related crime that is punished as a felony (including felony prostitution);
- A crime involving domestic violence that is punished as a felony;
- Abuse or neglect of a child or contributory delinquency;
- Abuse, neglect, exploitation or isolation of older persons or vulnerable persons, including, without limitation, a violation of any provision of NRS 200.5091 to NRS 200.50995, inclusive, or a law of any other jurisdiction that prohibits the same or similar conduct;
- A violation of any provision of NRS 422.450 to NRS 422.590, inclusive; or
- Any other felony involving the use or threatened use of force or violence against the victim or the use of a firearm or other deadly weapon.

I attest that I have not been convicted of any of the following crimes within the immediately preceding 7 years:

- Prostitution, solicitation, lewdness or indecent exposure, or any other sexually related crime that is punished as a misdemeanor;
- A crime involving domestic violence that is punished as a misdemeanor;
- A violation of any federal or state law regulating the possession, distribution or use of any controlled substance or any dangerous drug as defined in chapter 454 of NRS;

- A violation of any provision of law relating to the State Plan for Medicaid or a law of any other jurisdiction that prohibits the same or similar conduct;
- A criminal offense under the laws governing Medicaid or Medicare;
- Any offense involving fraud, theft, embezzlement, burglary, robbery, fraudulent conversion or misappropriation of property; or
- An attempt or conspiracy to commit any of the offenses listed in this Self Disclosure Statement of Criminal History section.

CONSENT TO BE ENROLLED IN A RAP (Record of Arrests and Prosecutions) BACK SYSTEM
(optional – check only if you consent)

☐I understand that if I check this box, the facility, hospital, agency, program or home I am under employment/contract/service with or the Division of Public and Behavioral Health may enroll me in a RAP (Record of Arrests and Prosecutions) back system which would allow the Central Repository for Nevada Records of Criminal History to notify my employer and the Division of Public and Behavioral Health of any criminal offenses that I may be convicted of in the future.

AUTHORIZATION OF SUBMISSION OF FINGERPRINTS

I authorize the submission of my fingerprints to the Central Repository for Nevada Records of Criminal History for submission to the Federal Bureau of Investigation for its background check report.

A reproduction of this authorization for release of information by photocopy, facsimile or similar process, shall for all purposes be as valid as the original.

In consideration for processing my application I, the undersigned, whose name and signature voluntarily appears below; do hereby and irrevocably agree to the above.

I understand that a person who willfully provides a false statement or information connected with a background investigation that would disqualify the person from employment, including without limitation, a conviction of a crime listed in NRS 449.174, is guilty of a misdemeanor.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. Executed on:

Applicant's Name : _____
(PLEASE PRINT LAST, FIRST, MIDDLE)

Address: _____

Applicant's Signature: _____Date: _____

Submitting Agency: Consumer Direct Services for Nevada

Address: 1005 Terminal Way, Suite 125, Reno NV 89502

Agency representative: _____
(PLEASE PRINT LAST, FIRST, MIDDLE)

Agency representative's Signature: _____ Date: _____

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

EXPECTED WEEKLY HOURS - NEW HIRE

CAREGIVER/NURSE
(Non-FEA)

Employee Name: _____

Entity: CDNV

Email Address: _____

-- Office Use Only --

Hire Date: _____

Anticipated Weekly Hours:

How many hours per week do you reasonably expect this employee to work for the foreseeable future?

- ☐ Full-time (30+ hours)
- ☐ Part-time (10-29 hours)
- ☐ Less than 10 hours
- ☐ Variable – unable to make a reasonable determination*

Comments:

CDCN Representative Name: _____

Benefits will be offered to employees on the first of the month following/coinciding with 30 days from their first day worked.

Employees marked "variable" will not be offered benefits upon hire.

10402

Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado OMB N.° 1210-0149 (caduca el 31-12-2026)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalua las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es possible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.[1]

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contributions como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con el departamento de recursos humanos

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

[1] Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)
Consumer Direct Care for Nevada		30-0122521
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador
100 Consumer Direct Way		844-360-4747
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
Missoula	MT	59808
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?		
Departamento de Recursos Humanos		
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico
		InfoBenefits@consumerdirectcare.com

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

  ☐ Todos los empleados.

  ☑ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

  Empleados de estatus regular que trabajan al menos 30 horas por semana.

- En cuanto a los dependientes:

  ☑ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

  Cónyuge o pareja de hecho, hijo(s) hasta los 26 años

  ☐ No ofrecemos cobertura médica.

☑ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite **CuidadoDeSalud.gov** para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita **CuidadoDeSalud.gov** para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador a través del mercado. Los empleadores no tienen la obligación de completar esta sección, pero hacerlo ayudará a garantizar que los empleados entienden sus opciones de cobertura.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

☐ **Sí**. (Continúe).

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura?_____ (dd/mm/aaaa). (Continúe).

☐ **No**. (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?
☑ Sí. (Pase a la pregunta 15). ☐ No. (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? $ 20.03

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☑ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan?

☐ El empleador no brindará cobertura médica.

☐ El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? $ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa):

• Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

2026 Benefits
Summary Caregivers

Benefit	Eligibility Requirements	Enrollment	Important Details
Health Insurance	30+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Free preventative care. In-network co-pays: $15 doctor visit, $25 specialist, $400 emergency room, $400 outpatient imaging.
TransChoice Advance (Medical Buy Up)	30+ Hours per week and enrolled in company Medical Insurance Plan	First of the month following 30 days of employment	Add to your Medical Plan a hospital/surgical benefit. Pays $250/day in-hospital and/or surgery payments per calendar year maximums. Note: Minimum participation requirement of 10 enrollees.
Telemedicine by 98point6	30+ Hours per week and enrolled in company Medical Insurance Plan	First of the month following 30 days of employment	App allows you to text directly with a doctor about non-emergency medical issues. Doctors are available 24/7 by text messaging and can prescribe some medications. Prescription and lab fees are at your own expense.
Health Care Flexible Spending Account (FSA)	30+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Employees can defer up to $3,400 per calendar year in pre-tax dollars to use for eligible medical expenses. Unused funds (up to $680) are rolled over to the following year's FSA.
Dependent Care Flexible Spending Account (FSA)	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Employees can defer up to $7,500 per calendar year in pre-tax dollars to use for daycare or disabled adult dependent care expenses. Unused funds are forfeited at the end of the year.
Vision Insurance	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Plan participants receive a free annual eye exam with in-network providers, and can choose between new lenses or frames with $20 copay OR free contacts (within allowance). Additional discounts available.
Voluntary Dental Insurance	10+ Hours per week	First month following 30 days of employment	FREE preventative care (cleanings). Additional services subject to $50 deductible and $1,000 maximum benefit per year. Buy-up option offered with a $2,000 annual maximum, and includes orthodontia care.
Basic Life/AD&D Insurance	10+ Hours per week	**Automatic:** First of the month following 30 days of employment	In the event of an employee's death, this **company paid** plan pays their beneficiary a benefit equal to $10,000. Life and AD&D Benefits reduce to 65% at age 65 and to 45% at age 80.
Voluntary Supplemental Life Insurance	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Employees can elect amounts in $10,000 increments, up to the lesser of $300,000 or 5 times your annual earnings. Verification may be required in certain circumstances. Life Benefits reduce to 65% at age 65 and to 45% at age 80.
Unum Supplemental Insurances	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Coverages Available: Critical Illness, Accident and Hospital Insurance
Employee Assistance Program (EAP)	No hours requirement	**Automatic:** All employees and eligible family members	The EAP offers free and confidential counseling and assistance resolving situations that may inpact your personal or professional life. Employees are given 5 counseling sessions per issue.
401(k) Retirement Plan	No hours requirement Must be age 18 or older	First of the month following 90 days of employment	Employees can defer pre-tax dollars into the company's 401(k) plan. The company offers a match of up to 25% of your contribution amount (maximum of 1%).
Pet Insurance	No hours requirement	No waiting period	MetLife Pet Insurance offers assistance to pay for your pet's medical care, including check-ups, testing, surgery, and hospitalization. Contact MetLife at www.metlife.com/getpetquote or 800-438-6388.

For additional assistance, please contact MyAdvocate at MyAdvocateServices.com or by calling 855-507-0301

Créditos fiscales por oportunidades laborales - Consumer Direct Care Network

Consumer Direct Care Network (CDCN) participa en el programa Work Opportunity Tax Credit (WOTC). ADP administra WOTC en nombre de CDCN. Siga los pasos que se enumeran a continuación para seleccionar el programa WOTC. Apreciamos tu cooperación.

Instrucciones del solicitante

- Abra *https://tcs.adp.com/consumerdirectcare* o escanee el código QR a continuación.
  ** Nota: Si usa un dispositivo de detección compartido, asegúrese de que el dispositivo no tenga habilitada una función de autocompletar / autocompletar

- Responda cada pregunta para completar la evaluación voluntaria.

- A los solicitantes elegibles se **les pedirá que firmen electrónicamente** y hagan clic en Enviar para completar la selección.

- A los solicitantes no elegibles se les pedirá que hagan clic en Enviar para finalizar la selection. No se le pedirá que firme electronicamente.

***ADP se comunicará con las nuevas contrataciones elegibles para WOTC por correo electrónico o mensaje de texto para solicitar un comprobante de edad o documentación de dirección, cuando sea necesario.**

** Si no puede realizar la pantalla a través del enlace web, comuníquese con ADP al 1-800-237-3279 (1-800 - ADP - EASY) disponible de 6 am a 11 pm ET, los 7 días de la semana e ingrese el código de la compañía que se muestra a continuación para pantalla de Créditos fiscales. **CÓDIGO IVR: 410849**

La información proporcionada en este documento es solo para fines informativos y no para brindar asesoramiento legal, contable o fiscal. La información y los servicios que proporciona ADP no deben considerarse un sustituto del asesoramiento de dicho profesional. Dicha información está sujeta por naturaleza a revisión y puede no ser la información más actualizada disponible. ADP, el logotipo de ADP y las marcas comerciales Always Designing for People de ADP, Inc. Copyright © 2020 ADP, Inc. adp.com

00540 - Delete