

Información de contacto del AsistenteNombre: _____
Primer nombre Segundo nombre ApellidoDirección física: _____
Calle Dpto./unidad nro. Ciudad Estado Código postalDirección postal: _____
(si difiere) Calle/casilla postal Dpto./unidad nro. Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: Residencial _____ 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".

Nombre y nro. de teléfono del contacto de emergencia: _____

Información para la verificación de antecedentes con la huella digital del Asistente

Alias utilizados (incluido el nombre de soltera o nombres de casada anteriores)

Nro. de seguro social: ____ - ____ - ____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (8 dígitos, MM/DD/AAAA)

Lugar de nacimiento: _____ (estado o país, si nació fuera de los EE. UU.)

Nro. de licencia de conducir/ID del estado: _____ Estado: _____

Nacionalidad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Peso: _____ Altura: _____Raza: ☐ Asiático/isleño del Pacífico ☐ Negro ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska
☐ Blanco/Latino ☐ Se desconoceColor de ojos: ☐ Negro ☐ Azul ☐ Café ☐ Verde ☐ Gris ☐ MielColor del cabello: ☐ Negro ☐ Rubio ☐ Castaño ☐ Rojizo**Empleo:**

Nombre del Miembro/Empleador Registrado: _____

Vínculo del Asistente con el Miembro: _____

Nombre del Representante del Miembro (en su caso): _____



Capacidad física

Se espera que los Asistentes realicen una variedad de actividades físicas conforme a las necesidades del Miembro. Los Asistentes deben completar un Cuestionario de salud, dada la importancia de la seguridad del Miembro y del Asistente para la compañía. La administración revisará este cuestionario para asegurarse de que las capacidades físicas del Asistente sean suficientes para atender al Miembro en forma segura.

Por favor, lea con atención

Ni la aceptación de los documentos del Empleado ni el comienzo de cualquier tipo de relación laboral o contrato de empleo con un Miembro para la consideración de un empleo generará un contrato de empleo expreso o implícito con Consumer Direct Care Network New Mexico.

Autorizo la investigación de todo lo declarado al Miembro o contenido en la documentación del Empleado. Comprendo que las declaraciones falsas o la omisión de hechos solicitados constituye una causal de despido en cualquier momento y sin previo aviso. Por medio del presente autorizo al Miembro/Gestor a comunicarse con empleadores anteriores (a menos que indique lo contrario), contactos de referencia y otros, y libero al Miembro de toda responsabilidad que pueda resultar del contacto.

Comprendo que el empleo será condicional hasta que se obtengan y se aprueben los resultados de la verificación de antecedentes penales. Asimismo comprendo que los resultados de la verificación de antecedentes penales o de las verificaciones de antecedentes penales que se puedan realizar en el futuro se podrán compartir con la entidad aprobadora (la Organización que Administra la Atención, el condado, etc.) y/o con el Miembro con quien trabajo.

Firma del Asistente

Fecha

Nombre del Empleado	Nombre del Miembro	Nombre del Representante (si corresponde)

Postulante para Asistente: Después de que un Miembro/Representante Legal (*Legal Representative*, «LR») lo seleccione como Asistente, debe completar y presentar a Consumer Direct Care Network New Mexico («CDCN») todos los formularios listados a continuación. Una vez que se los revise y apruebe, un Coordinador del Programa le presentará una notificación de aprobación para trabajar por escrito, donde se indicará cuándo puede comenzar a trabajar.

Formularios relacionados con el programa y la nómina de pagos (requeridos para todos los empleados nuevos)

1. ☐ Formulario de datos/postulación del Asistente
2. ☐ Lista de verificación para empleados nuevos (este formulario)
3. ☐ Determinación de la relación entre empleado y empleador
4. ☐ Formulario I-9 – Verificación de los requisitos para el empleo – *Presentar los documentos originales para que el Miembro/LR los revise cuando complete la Sección 2 del I-9. Hay instrucciones adicionales sobre el I-9 en el sitio Web de CDCN Nuevo México, en la pestaña «Recursos».*
5. ☐ Formulario W-4 – Certificado de desgravaciones sobre las retenciones del empleado
6. ☐ Formulario de selección de forma de pago – *Es posible que deba presentar adjuntos, vea las instrucciones del formulario.*
7. ☐ Memorando del salario
8. ☐ Contrato del Asistente
9. ☐ Reconocimiento del Asistente sobre la EVV
10. ☐ Examen sobre la EVV del Asistente
11. ☐ Cuestionario de salud del empleado
12. ☐ Confirmación de servicios de manejo ☐ ☐ de que no se proporcionarán servicios de manejo – *Presentar solo uno de estos formularios según vaya a proporcionar servicios de manejo para el Miembro de Medicaid o no.*
13. ☐ Declaración sobre el Fraude contra Medicaid

Por favor, revise y verifique que los formularios que anteceden estén completos y sean legibles antes de presentarlos a CDCN. Si faltan formularios o si son ilegibles, se demorará la fecha de inicio.

El empleado no tendrá la aprobación para comenzar a trabajar hasta que CDCN reciba y apruebe todo el material mencionado arriba, y se emita un Formulario de aprobación para trabajar.



Nombre del Empleado	Nombre del Miembro/Empleador Registrado

Antecedentes: Los empleados que proveen servicios domésticos pueden estar exentos de algunos impuestos sobre las nóminas. Esto se basa en la edad del empleado y en su relación con el Empleador Registrado (empleador). Consumer Direct Care Network (CDCN) aplicará cualquier exención basada en la relación identificada más abajo. **Llenar este formulario de forma incorrecta puede resultar en retenciones de impuestos inexactas.**

Nota: Si el empleado o el empleador califican para exenciones de impuestos, estas deben ser tomadas. No se puede renunciar a las exenciones. Si las ganancias del empleado están exentas de estos impuestos, puede que no califiquen para beneficios relacionados. Un ejemplo es el seguro de desempleo.

Relación de Empleado-Empleador

El empleado selecciona una relación de las siguientes.

☐ **Soy el cónyuge del empleador**
No se le permite ser un empleado según las reglas de Medicaid de Nuevo México.

☐ **Soy el padre/madre del empleador** (incluyendo adoptivo(a) y padrastro/madrastra).
 En caso de marcar padre/madre, seleccione cualquiera de las siguientes opciones que apliquen:

☐ Proveo cuidado para el(la) hijo(a) o hijastro(a) del empleador que vive en el hogar.
☐ El(la) hijo(a) o hijastro(a) del empleador tiene menos de 18 años o requiere cuidado personal por parte de un adulto por al menos 4 semanas seguidas en 3 meses.
☐ El empleador(a) es un viudo, viuda, divorciado(a) o casado(a) y vive con su cónyuge, pero el cónyuge tiene una condición física o médica que les impide cuidar al hijo(a) por al menos 4 semanas seguidas en 3 meses.

Exento de FUTA y SUTA. Sujeto a FICA si todos los tres recuadros fueron marcadas más arriba; a menos de que haya una exención de FICA.

☐ **Soy el(la) hijo(a) del empleador.**
 En caso de haber seleccionado hijo(a), seleccione una opción de más abajo:

☐ Tengo 21 años o más. *Sujeto a FICA, FUTA y SUTA.*
☐ Tengo menos de 21 años. *Sujeto a SUTA. Exento de FICA y FUTA.*

☐ **No estoy relacionado al empleador o mi relación no está descrita más arriba.**
Sujeto a FICA, FUTA y SUTA.

Reconocimiento: El empleado y empleador están de acuerdo en que la relación seleccionada más arriba es correcta. Si esta información cambia, el empleado debe notificar a CDCN. Si CDCN no es notificada de cambios, el empleado puede tener que pagar dinero de vuelta que debió haber sido retenido del pago.

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Empleador Registrado

Fecha

¹FICA – Ley de Contribución al Seguro Social (FICA, por sus siglas en inglés) (Seguridad Social y Medicare)

²FUTA – Ley del Impuesto Federal al Desempleo (FUTA, por sus siglas en inglés)

³SUTA – Subsidio Estatal de Desempleo (SUTA, por sus siglas en inglés)



Instrucciones para completar el formulario I-9 Sección 1

(El primer día de trabajo remunerado del empleado o antes)

Empleado: Complete la Sección 1 del Formulario I-9 a más tardar el primer día de trabajo remunerado. Escriba con letra de imprenta clara. Firme y feche cuando haya terminado. Las explicaciones numeradas a continuación se muestran en el ejemplo de la imagen.

- ① Escriba su nombre completo: apellido, nombre, e inicial del segundo nombre. Proporcione cualquier otro nombre utilizado, como su apellido de soltera. Escriba "N/A" si nunca ha tenido otro nombre.
- ② Escriba su dirección física. No se permite ingresar un apartado postal. Escriba "N/A" si no tiene número de apartamento.
- ③ Escriba su fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa).
- ④ Escriba su número de Seguro Social.
- ⑤ Escriba su dirección de correo electrónico o escriba "N/A" si decide no proporcionarla.
- ⑥ Escriba su número de teléfono o escriba "N/A" si decide no proporcionarla.
- ⑦ Marque una casilla que describe su estatus migratorio o ciudadanía en Estados Unidos. Escriba información adicional si marca la casilla 3 ó 4.
- ⑧ Firme e ⑨ Imprima la fecha en que complete el formulario. **A más tardar el primer día de trabajo remunerado.**
- ⑩ Presente el Suplemento A (Certificación de preparador y/o traductor) si le ha ayudado un preparador o traductor.

Employador: Revise la Sección 1, asegurarse de que su empleado la haya completado correctamente.

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) ① <i>Doe</i>		First Name (Given Name) <i>Jane</i>		Middle Initial (if any) <i>Q</i>	Other Last Names Used (if any) <i>N/A</i>
Address (Street Number and Name) ② <i>123 Main St.</i>		Apt. Number (if any) <i>N/A</i>	City or Town <i>Anytown</i>		State <i>NM</i>
ZIP Code <i>87101</i>		Date of Birth (mm/dd/yyyy) ③ <i>03/13/1964</i>		U.S. Social Security Number ④ <i>1 2 3 4 5 6 7 8 9</i>	Employee's Email Address ⑤ <i>employee@email.com</i>
Employee's Telephone Number ⑥ <i>555-123-4567</i>		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.): ⑦ ☒ 1. A citizen of the United States ☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions) ☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS A-Number) ☐ 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) 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 ⑧ <i>Jane Doe</i>		Today's Date (mm/dd/yyyy) ⑨ <i>09/15/2023</i>			
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.					

Nota: Consulte a las instrucciones del formulario I-9 para información más detallada.

Instrucciones para completar el formulario I-9 Sección 2

(Después de que el empleado haya aceptado la oferta de trabajo, pero a más tardar 3 días después del primer día de trabajo del empleado)

Empleado: Presente documentos originales y vigentes a su empleador para verificar su identidad y autorización para trabajar en Estados Unidos. Consulte la LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES.

Empleador: Examine y registra los documentos que le proporciona su empleado. El empleado debe estar presente mientras los examina. Las explicaciones numeradas a continuación se muestran en el ejemplo de la imagen.

- ① Examine cada documento. Escriba los detalles en la(s) columna(s) adecuada(s) de la Lista. Solo acepte documentos originales y vigentes (no fotocopias).
Puede aceptar un documento de la Lista A O uno de la Lista B y uno de la Lista C.
- ② Escriba la fecha del primer día de trabajo del empleado.
- ③ Escriba su apellido, nombre, y título. El título es "Employer".
- ④ Firme e ⑤ Imprima la fecha. **Debe completarse y firmarse dentro de los 3 días posteriores al primer día de trabajo del empleado.**
- ⑥ Escriba su nombre y apellido.
- ⑦ Escriba la dirección física donde se prestan los servicios, (el domicilio del Miembro).

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		①	<i>Driver's License</i> <i>Social Security Card</i>
Issuing Authority			<i>State of Residence</i> <i>SSA</i>
Document Number (if any)			<i>0123456789abode</i> <i>123-45-6789</i>
Expiration Date (if any)			<i>08/17/2027</i> <i>N/A</i>
Document Title 2 (if any)	Additional Information		
Issuing Authority	Ejemplo No marque. Debe examinar físicamente los documentos. ☐ Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.		
Document Number (if any)			
Expiration Date (if any)			
Document Title 3 (if any)			
Issuing Authority			
Document Number (if any)			
Expiration Date (if any)			
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.		First Day of Employment (mm/dd/yyyy): ② <i>09/15/2023</i>	
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative ③ <i>Smith, Ronald Employer</i>		Signature of Employer or Authorized Representative ④ <i>Ronald Smith</i>	
Today's Date (mm/dd/yyyy) ⑤ <i>09/15/2023</i>			
Employer's Business or Organization Name ⑥ <i>Ronald Smith</i>		Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code ⑦ <i>500 Fictional Street, Anytown NM 87018</i>	

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

Nota: Consulte a las instrucciones del formulario I-9 para información más detallada.



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. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)				
		If you check Item Number 4. , enter one of these:				
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)	

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

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

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

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



LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Employee's Withholding Certificate

OMB No. 1545-0074

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.****2025****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.)		

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

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

Step 3:
Claim
Dependent
and Other
Credits

If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____

Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____

Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here

3 \$**Step 4**
(optional):
Other
Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income

4(a) \$

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here

4(b) \$

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

4(c) \$**Step 5:**
Sign
Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

Employers
Only

Employer's name and address

First date of
employment

Employer identification
number (EIN)



General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code 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 2025 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2024 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2025. You had no federal income tax liability in 2024 if (1) your total tax on line 24 on your 2024 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2025 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 17, 2026.

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 will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



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

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

Step 4 (optional).

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

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2025 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

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



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

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

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; 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 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, **skip** to line 3 **1** \$ _____
- 2 Three jobs.** If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
 - a** Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a **2a** \$ _____
 - b** Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **2c** \$ _____
- 3** Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. **3** _____
- 4 Divide** the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in **Step 4(c)** of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) **4** \$ _____

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

- 1** Enter an estimate of your 2025 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income **1** \$ _____
- 2** Enter:

{	• \$30,000 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$22,500 if you're head of household • \$15,000 if you're single or married filing separately	}		2	\$ _____
---	--	---	-----------	----------	----------
- 3** If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" **3** \$ _____
- 4** Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

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

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

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

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



Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$700	\$850	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020
\$10,000 - 19,999	0	700	1,700	1,910	2,110	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	3,220
\$20,000 - 29,999	700	1,700	2,760	3,110	3,310	3,420	3,420	3,420	3,420	3,420	4,420	5,420
\$30,000 - 39,999	850	1,910	3,110	3,460	3,660	3,770	3,770	3,770	3,770	4,770	5,770	6,770
\$40,000 - 49,999	910	2,110	3,310	3,660	3,860	3,970	3,970	3,970	4,970	5,970	6,970	7,970
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	4,080	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,770	3,970	5,080	6,080	7,080	8,080	9,080	10,080	11,080
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,420	4,620	5,820	6,930	7,930	8,930	9,930	10,930	11,930	12,930
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,620	8,820	9,930	10,930	11,930	12,930	14,010	15,210	16,410
\$150,000 - 239,999	1,870	4,240	6,640	8,190	9,590	10,890	12,090	13,290	14,490	15,690	16,890	18,090
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,100	18,300
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,300	13,500	14,700	15,900	17,170	19,170
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,390	9,790	11,100	12,470	14,470	16,470	18,470	20,470	22,470
\$365,000 - 524,999	2,790	6,290	9,790	12,440	14,940	17,350	19,650	21,950	24,250	26,550	28,850	31,150
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,390	16,090	18,700	21,200	23,700	26,200	28,700	31,200	33,700

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	\$200	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040
\$10,000 - 19,999	850	1,700	1,870	1,870	2,220	3,220	3,720	3,720	3,720	3,720	3,890	4,090
\$20,000 - 29,999	1,020	1,870	2,040	2,390	3,390	4,390	4,890	4,890	4,890	5,060	5,260	5,460
\$30,000 - 39,999	1,020	1,870	2,390	3,390	4,390	5,390	5,890	5,890	6,060	6,260	6,460	6,660
\$40,000 - 59,999	1,220	3,070	4,240	5,240	6,240	7,240	7,880	8,080	8,280	8,480	8,680	8,880
\$60,000 - 79,999	1,870	3,720	4,890	5,890	7,030	8,230	8,930	9,130	9,330	9,530	9,730	9,930
\$80,000 - 99,999	1,870	3,720	5,030	6,230	7,430	8,630	9,330	9,530	9,730	9,930	10,130	10,580
\$100,000 - 124,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,760	9,960	10,160	10,950	11,950	12,950
\$125,000 - 149,999	2,040	4,090	5,460	6,660	7,860	9,060	9,950	10,950	11,950	12,950	13,950	14,950
\$150,000 - 174,999	2,040	4,090	5,460	6,660	8,450	10,450	11,950	12,950	13,950	15,080	16,380	17,680
\$175,000 - 199,999	2,040	4,290	6,450	8,450	10,450	12,450	13,950	15,230	16,530	17,830	19,130	20,430
\$200,000 - 249,999	2,720	5,570	7,900	10,200	12,500	14,800	16,600	17,900	19,200	20,500	21,800	23,100
\$250,000 - 399,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$400,000 - 449,999	2,970	6,120	8,590	10,890	13,190	15,490	17,290	18,590	19,890	21,190	22,490	23,790
\$450,000 and over	3,140	6,490	9,160	11,660	14,160	16,660	18,660	20,160	21,660	23,160	24,660	26,160

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	\$450	\$850	\$1,000	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,890
\$10,000 - 19,999	450	1,450	2,000	2,200	2,220	2,220	2,220	3,180	4,070	4,070	4,090	4,290
\$20,000 - 29,999	850	2,000	2,600	2,800	2,820	2,820	3,780	4,780	5,670	5,690	5,890	6,090
\$30,000 - 39,999	1,000	2,200	2,800	3,000	3,020	3,980	4,980	5,980	6,890	7,090	7,290	7,490
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,820	3,830	4,850	5,850	6,850	8,050	9,130	9,330	9,530	9,730
\$60,000 - 79,999	1,020	3,030	4,630	5,830	6,850	8,050	9,250	10,450	11,530	11,730	11,930	12,130
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,060	8,280	9,480	10,680	11,880	12,970	13,170	13,370	13,570
\$100,000 - 124,999	1,950	4,350	6,150	7,550	8,770	9,970	11,170	12,370	13,450	13,650	14,650	15,650
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,060	11,260	12,860	14,740	15,740	16,740	17,740
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,240	7,640	8,860	10,860	12,860	14,860	16,740	17,740	18,940	20,240
\$175,000 - 199,999	2,040	4,440	6,640	8,840	10,860	12,860	14,860	16,910	19,090	20,390	21,690	22,990
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,520	10,960	13,280	15,580	17,880	20,180	22,360	23,660	24,960	26,260
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,370	11,870	14,190	16,490	18,790	21,090	23,280	24,580	25,880	27,180
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,940	12,640	15,160	17,660	20,160	22,660	25,050	26,550	28,050	29,550





Control financiero: ¡Ahora es posible!



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



Reciba pagos con anticipación².

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 anticipación².



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 ahorros³.



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®.

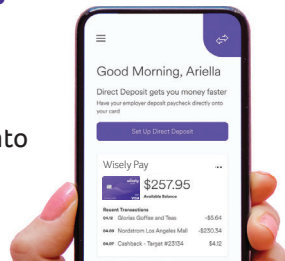


Evite los cargos del cajero automático.

Acceda a una red de 90 000 cajeros automáticos sin cargo a nivel nacional⁴.

¡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.

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



Nombre del Asistente	Nombre del Miembro/ Empleador Registrado	Nro. de ID de CDCN del Miembro

Junto con los otros deberes y privilegios que otorgan los servicios de atención autogestionados, el Miembro establece la tarifa salarial de su Asistente.

El Miembro debe establecer un salario para el Asistente que sea congruente con la ley laboral, y puede considerar factores tales como la experiencia, la capacitación, el desempeño de sus tareas, la voluntad para trabajar de noche o en horarios peculiares o el tiempo que lleva trabajando para el Miembro. Si un Miembro tiene dudas sobre cómo establecer el salario, se puede contactar con Consumer Direct Care Network («CDCN») o remitirse al Manual de capacitación del Miembro.

Para asegurar el cumplimiento de la ley laboral, CDCN ofrece a los Miembros un rango salarial para Asistentes de un mínimo de \$12.00 por hora (\$12.36 en Las Cruces) a un máximo de \$13.10 por hora.

Seleccione y marque una tarifa salarial a continuación, o indique el salario en «Otro».

Tarifa salarial: ☐ \$12.00/hora ☐ \$12.60/hora ☐ \$13.10/hora

Otro: ☐ \$_____/hora (mínimo \$12.00/hora o \$12.36 en Las Cruces, máximo \$13.10/hora)

No se permiten las horas extraordinarias (más de 40 horas trabajadas por semana) sin la autorización de CDCN.

Firma del Asistente

Fecha

Firma del Miembro/LR

Fecha

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

_____, ha elegido contratarme para el puesto de Asistente.
(Nombre del Representante Legal (LR) en letra de molde)

Desempeñaré servicios de atención personal para el Miembro conforme al Programa de Servicios de Atención Personal (PCSP) de Nuevo México. Comprendo que New Mexico Consumer Direct Personal Care, LLC que opera bajo el nombre de Consumer Direct Care Network New Mexico (CDCN) es la Agencia Empleadora y Fiscal. CDCN ayuda al Miembro/LR con las tareas correspondientes al empleador. CDCN no es mi empleador. El Miembro/LR es mi empleador.

1. He recibido:

- Un Formulario de Cambio de Estado en blanco. Acuerdo notificar a CDCN en un plazo de diez (10) días sobre cualquier cambio en mi nombre, dirección y número de teléfono. También debo divulgar cualquier cargo penal que pueda afectar mi empleo en un plazo de diez (10) días.
- Un Calendario de Pagos actual de CDCN.

2. Pruebas de Tuberculosis y RCP

Se recomienda contar con pruebas actuales de tuberculosis y RCP, pero CDCN no las exige. El Miembro/LR podría solicitarlas. De ser así, soy responsable por cualquier costo asociado con cumplir con estos requisitos.

3. 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.

4. Capacitación

CDCN proporciona al Miembro/LR materiales de capacitación para Asistentes e información asociada a solicitud.

5. Pago

- Se me pagará a una tarifa por hora por los servicios aprobados que preste al Miembro. La tarifa por hora se indica en el memorando de salarios de CDCN.
- 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. Entiendo que los cambios pueden tardar uno o dos ciclos de pago en surtir efecto.
- 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.
- Comprendo que puedo elegir recibir cheques por correo. Recibir cheques por correo está sujeto a días feriados federales, otras interrupciones al correo de los EE. UU. y correcciones de nómina.
- No está permitido trabajar horas extra. Se considera haber trabajado horas extra cuando se superan las 40 horas en una semana laboral. Comprendo que yo soy responsable de supervisar las horas que he trabajado y evitar situaciones de horas extra.
- Tengo derecho de devengar y usar licencias por enfermedad pagadas. Acumularé 1 hora de licencia por enfermedad por cada 30 horas trabajadas, por empleador. Puedo usar hasta 64 horas de licencia por enfermedad devengada por año, por empleador. Las horas utilizadas y devengadas



aparecerán en mi talón de nómina. No puedo usar el EVV para solicitar licencia por enfermedad, debo presentar un formulario físico. Las horas de licencia por enfermedad que no utilice no se pagarán al empleado al momento del cese del trabajo.

- CDCN presentará declaraciones de impuestos sobre la nómina enmendadas en caso de que se cobren de mi paga impuestos excedentes de Medicare y el Seguro Social (sucede cuando los ingresos son menores al límite del IRS publicado en la Circular E). De suceder, recibirá un reembolso de CDCN en enero. Acuerdo no presentar reclamaciones de reembolsos por impuestos excedentes de Medicare o el Seguro Social ante el IRS.
- CDCN no es responsable por pagarme si:
 - El Miembro pierde su elegibilidad para el programa.
 - El Miembro está en el hospital, un asilo, una institución o encarcelado y fuera de reclamaciones de GEO-Fencing.
 - El Miembro/LR me permite trabajar horas extra (más de 40 horas por semana).
 - El Miembro/LR me permite trabajar horas que exceden las aprobadas en el Plan de Atención Individual (IPoC). CDCN solo pagará hasta el monto autorizado y hará ajustes para garantizar que se procesa el monto autorizado.
 - Las correcciones de tiempo no se presentan en un plazo de treinta (30) días a partir del momento en que se trabajaron.
 - Existe una presunta falsificación del tiempo trabajado. CDCN tiene derecho de retener los pagos hasta que el asunto se resuelva.

El asistente acepta perseguir el pago del miembro por cualquier problema anterior que pueda resultar en horas trabajadas no remuneradas.

6. Seguro Automotriz

Si tengo autorización de conducir en el desempeño de mi trabajo se requiere un seguro de responsabilidad civil automotriz vigente. Debe presentarse verificación del seguro a CDCN y deberá actualizarse como resulte necesario. De no proporcionarse un seguro, comprendo que no podré prestar estos tipos de servicios de apoyo al Miembro.

7. Mis Responsabilidades como Asistente incluyen:

- Cumplir con el programa.
- Contar con una licencia de conducir o una ID estatal con fotografía vigente.
- Llevar registros y documentación.
- Confidencialidad.
- Notificar cambios de dirección y número telefónico.
- Rechazar pagos prohibidos.
- Divulgar maltrato, abandono y explotación a las fuerzas policiales y las autoridades pertinentes.
- Divulgar cualquier otro empleo que tenga mientras trabajo como Asistente al Miembro y a CDCN.

8. Responsabilidades de CDCN:

En el modelo de servicio dirigido por el consumidor, CDCN funge como el Agente Empleador Fiscal (FEA) del Miembro/LR, ofreciendo servicios de nómina e informes. Existen requisitos adicionales del programa PCSP que CDCN debe cumplir. Las responsabilidades incluyen:

- Contar con un acuerdo firmado con el Miembro/LR.
- Explicar las disposiciones de PCSP al Miembro/LR.



- Proporcionar al Miembro/LR asistencia y capacitación a solicitud, lo que incluye:
 - Tareas de Empleador (reclutamiento, contratación, supervisión y despido de Asistentes), y
 - Materiales e información de capacitación para Asistentes (RCP, primeros auxilios, diabetes, mal de Alzheimer, levantar y mover a pacientes, tuberculosis, hepatitis B, salud mental, etc.).
- Verificar que el Miembro califique para recibir cobertura de Medicaid todos los meses.
- Ofrecer referencias a agencias estatales pertinentes para evaluar la capacidad del Miembro de dirigir su propia atención, de ser necesario.
- Asegurarse de que el Miembro tenga un IPoC aprobado.
- Cumplir con las leyes locales, estatales y federales, así como con las normas de Medicaid.
- Presentar Informes de Incidentes por escrito al estado en casos de maltrato, abandono, explotación, peligro ambiental, intervenciones de las fuerzas policiales, servicios de emergencia o muerte.
- Proporcionar al estado informes del PCSP.
- Desempeñar funciones de FEA/intermediario fiscal:
 - Pagar al Asistente en nombre del Miembro/LR.
 - Cumplir con las leyes de horarios y salarios.
 - Procesar retenciones de impuestos sobre la renta federales y estatales, compensación laboral y seguro de desempleo.
 - Mantener registros de servicio y expedientes personales para el Miembro y el Asistente.
 - Llevar a cabo verificaciones de antecedentes de los Asistentes.
 - Corroborar que los Asistentes cumplan con los requisitos de elegibilidad para el programa y los mantengan
 - Obtener un acuerdo de sobriedad firmado por el Asistente

9. 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 Miembro y/o los servicios de emergencia locales, como el 911, según sea el caso.

10. Estado de inactivo

Comprendo que si no trabajo para un miembro de CDCN por seis (6) meses, quedará inactivo. De ser el caso, deberé presentar una nueva solicitud de empleo para mi puesto a través del Miembro y recibir un nuevo Formulario de Aprobación para Trabajar ("Okay to Work")

11. Acuerdo de sobriedad

Acuerdo no proporcionar servicios bajo la influencia de drogas o alcohol. Comprendo que mi empleo cesará de inmediato en caso de brindar servicios bajo la influencia de drogas o alcohol.

12. Parentesco con el Miembro

No soy el abogado ni tutor legal del Miembro. De serlo, he recibido aprobación previa de la Organización de Atención Administrada (MCO) para ser el Asistente del Miembro. Comprendo que no está permitido que un cónyuge sea el Asistente.

Mi parentesco con el Miembro es: _____ inicial ().

Firma del Asistente_____
Fecha_____
Firma del Miembro/LR_____
Fecha

Nombre del Empleado (Asistente) en imprenta

Instrucciones:

1. Revise cada punto y haga preguntas, si fuera necesario. Coloque sus iniciales junto a cada punto para indicar su acuerdo y comprensión.
2. En el presente reconocimiento «yo, mí, mi» se refiere al Empleado nombrado más arriba, que prestará los servicios a un Miembro del Programa de Servicios de Atención Personal.

_____ **Recepción del material de capacitación de AuthentiCare:** He recibido la planilla de instrucciones de IVR o la información de la Aplicación de AuthentiCare, y he recibido capacitación sobre cómo utilizar el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (*Electronic Visit Verification*, «EVV»). Debo asegurarme de que los servicios comiencen y finalicen en la casa del Miembro.

_____ **Reconocimiento de la obligación de utilizar el sistema de EVV de AuthentiCare y de las Horas Autorizadas:** Comprendo que el Autoridad de Atención Médica de Nuevo México y las Organizaciones que Administran la Atención exigen el uso del sistema de EVV de AuthentiCare. Comprendo que tengo la responsabilidad de fichar la entrada y la salida de cada turno agendado con el sistema telefónico de IVR de AuthentiCare o con la Aplicación de AuthentiCare. Comprendo que no percibiré remuneración alguna por las horas trabajadas que no cuenten con la autorización de Consumer Direct Care Network.

_____ **Reconocimiento de los métodos de registro de horas del sistema de EVV de AuthentiCare:** Comprendo que tengo la responsabilidad de fichar mis entradas y salidas con el teléfono registrado del Miembro. Comprendo que si el Miembro que se me asigne no tiene un teléfono, el teléfono o el servicio telefónico no está disponible, o si tengo alguna dificultad con el sistema telefónico, habrá alternativas disponibles para mí. Una alternativa es utilizar mi propio teléfono inteligente con la aplicación de AuthentiCare.

_____ **Reconocimiento del requisito de presentar la información precisa y completa en forma oportuna:** He recibido una copia de los períodos de la nómina de pagos de Consumer Direct Care Network («CDCN»). Comprendo que todas las horas trabajadas se deben presentar con el método de EVV seleccionado en forma diaria. Comprendo que tengo la obligación de comunicarme con CDCN de inmediato, si no puedo fichar una entrada o salida, de modo que me puedan ayudar con las dificultades. Comprendo que no todos los problemas se aprobarán para el uso de un formulario de corrección. Comprendo que si no notifico a CDCN de los problemas dentro de las 24 horas de un turno programado, no se me proporcionará un formulario de corrección. Comprendo que para asegurar las correcciones oportunas para la remuneración, debo notificar a CDCN de cualquier discrepancia en los pagos dentro de los 14 días de recibir mi pago. **Comprendo que en el caso de una situación extraordinaria e inevitable que esté fuera de mi control conforme a los requisitos de presentación oportuna de Medicaid, las solicitudes de pago que no se hayan presentado dentro de los 60 días de la fecha de trabajo del empleado no se podrán procesar.**

_____ **Reconocimiento del requisito de notificar a CDCN, si no puedo fichar una entrada o salida con el sistema de EVV:** Comprendo que tengo la obligación de comunicarme con CDCN, si no puedo fichar una entrada o salida, de modo que el problema se pueda resolver en el momento. Comprendo que si ocurre un corte de luz o una interrupción en el servicio telefónico, tendré la responsabilidad de comunicarme con el proveedor y documentar la interrupción con un número de referencia tan pronto como se restablezca el servicio.

Firma del Asistente

Fecha



Puntaje _____

Autoevaluación

Verdadero o falso

- | | | |
|--|----------|----------|
| 1. Debe notificar a Consumer Direct Care Network dentro de las 24 horas de un reclamo faltante o pendiente. | V | F |
| 2. Me puedo comunicar con Consumer Direct Care Network para solicitar un formulario de corrección sin motivo válido. | V | F |
| 3. Las visitas no realizadas que no se informen de inmediato no se podrán procesar. | V | F |
| 4. Autoridad de Atención Médica de Nuevo México y las Organizaciones que Administran la Atención exigen el uso del sistema de EVV. | V | F |
| 5. Debo informar a Consumer Direct Care Network de inmediato en caso de extravío/robo de mi teléfono/tableta. | V | F |
| 6. No tengo la obligación de usar el sistema de EVV en todo momento. | V | F |
| 7. Consumer Direct Care Network tiene la responsabilidad de supervisar que fiche las entradas y salidas. | V | F |
| 8. Tengo la obligación de seguir la agenda de trabajo dispuesta por Consumer Direct Care Network. | V | F |
| 9. Puedo fichar las entradas y salidas desde otros lugares distintos de la casa del Miembro. | V | F |
| 10. El Miembro puede fichar las entradas y salidas en mi nombre. | V | F |
| 11. Solo puedo trabajar las horas autorizadas por Consumer Direct Care Network. | V | F |
| 12. Mi nómina de pagos puede verse afectada, si no ficho la entrada y la salida en forma correcta todos los días. | V | F |

Nombre del Empleado (Asistente)

Firma del Asistente

Fecha

Nombre del Miembro

Firma del Miembro

Fecha



Nombre del empleado: _____

Antecedentes: Se le ha contratado condicionalmente para brindar servicios para el destinatario del servicio de conformidad con su plan de atención autorizado. Es posible que se le requiera realizar tareas físicas. El propósito de este cuestionario de salud es evaluar su capacidad de realizar las tareas autorizadas de forma segura. La información que proporcione en este cuestionario se utilizará para ayudar a gestionar su empleo de forma segura. Sus respuestas se consideran *Confidenciales*.

Instrucciones: Responda a cada artículo sobre si tiene una restricción o limitante médica o a su actividad física. **Por favor explique cualquier respuesta afirmativa en el reverso de este formulario y adjunte la información adicional que sea necesaria.** Devuelva este formulario completado y otros formularios de empleo a la oficina de Consumer Direct Care Network (CDCN).

	Actualmente tiene una restricción a la actividad física que involucre:	NO	SÍ
1	Estar sentado		
2	Estar de pie sin moverse		
3	Caminar		
4	Capacidad de movilidad		
5	Ponerse en cuclillas (doblar las rodillas)		
6	Hincarse/gatear		
7	Agacharse (doblar la cintura)		
8	Girar (rodillas/cintura/cuello)		
9	Dar la vuelta, pivotear		
10	Escalar		
11	Equilibrarse		
12	Extenderse hacia arriba		
13	Extenderse horizontalmente		
14	Sujetar		
15	Empujar/Jalar		
16	Alzar/Cargar		
17	Pérdida total o parcial de la audición		
18	Ceguera (parcial o completa) o problemas oculares		
19	¿Un profesional del cuidado de la salud le ha indicado restringir sus actividades físicas de cualquier manera?		
	Historial médico personal - En los últimos cinco años ha sufrido o recibido tratamiento por:	NO	SÍ
20	Epilepsia		
21	Desmayos/mareos		
22	Hernias		
23	Distensión muscular		
24	Lesiones de cuello o espalda		
25	Ruptura de discos intervertebrales		
26	Dolor o lesiones articulares		
27	Fracturas		
28	Tuberculosis o una prueba de tuberculosis con un resultado que no sea negativo		
29	Enfermedades o problemas pulmonares		
30	Lesiones de cabeza		
31	Otros problemas, enfermedades o padecimientos en curso		
32	¿Lo han hospitalizado o se ha sometido a una cirugía, excluyendo partos?		
33	¿Ha rechazado un procedimiento quirúrgico recomendado?		
34	¿Actualmente toma algún fármaco o medicamento, ya sea de venta o libre o con receta, que pueda mermar su toma de decisiones?		



¿Actualmente tiene, o un profesionales del cuidado de la salud le dicho que tiene, una limitante física relacionada con la lista que se encuentra a continuación?

		NO	SÍ			NO	SÍ
A	Regresar			H	Brazo		
B	Hombro			I	Cadera		
C	Cuello			J	Rodilla		
D	Codo			K	Tobillo		
E	Muñeca			L	Pie		
F	Mano			M	Pierna		
G	Dedo			N	Otro		

CDCN no discrimina en la contratación, ascenso u otros términos y condiciones del empleo. De igual manera, CDCN no discrimina contra personas que, de buena fe, han interpuesto una reclamación o han recibido beneficios bajo las Leyes de Compensación para Trabajadores del estado. Las solicitudes de adecuaciones para permitir a los empleados desempeñar las funciones esenciales necesarias deben realizarse por escrito y se proporcionarán en caso de no causar dificultades excesivas.

Por favor explique cualquier repuesta afirmativa en las páginas 1 y 2 a mayor detalle a continuación y anote el número o letra correspondiente. También debe incluir las fechas de lesiones y cirugías. Utilice páginas adicionales, de ser necesario:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Afirmo que he respondido a las preguntas previas según mi leal saber y entender. Mis respuestas son verdaderas y completas. Comprendo que proporcionar información falsa deliberadamente es causal de despido y puede dar pie a que se nieguen los beneficios de compensación para trabajadores.

Firma del empleado: _____ Fecha: ____/____/____

Uso en la oficina únicamente

Revisado por: [] Fecha / / Fecha de envío a Gestor de Riesgo: / /

Ubicación/oficina de estado: Revisión de Gestor de Riesgos: [] Fecha:



Nombre en imprenta del Asistente

Nombre en imprenta del Miembro

Instrucciones: Completar este formulario y adjuntar los documentos solicitados SOLO si el Asistente proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el Asistente no proporcionará estos servicios, completar el Formulario de confirmación de que no se proporcionarán servicios de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

Para que un Asistente reciba el pago por los servicios que requieran manejar un vehículo, el reglamento del programa exige lo siguiente:

1. Los Servicios de Apoyo deben estar autorizados en el Plan de Atención Individual del Miembro.
2. La licencia de conducir del Asistente y el comprobante del seguro del vehículo manejado deben estar en el expediente de Consumer Direct Care Network («CDCN»). Si estos no se presentan y actualizan según sea necesario, el Asistente no podrá cobrar los servicios de manejo.
3. Los Servicios de Apoyo proporcionados deben indicarse en la sección de Comentarios de la planilla de registro de horas del Asistente.

Solo se autoriza manejar para los Servicios de Apoyo que se detallen en el plan de atención del Miembro. No se pagará al Asistente por servicios de manejo prestados para asistir a consultas médicas, fuera del estado o durante las vacaciones. Asimismo, el programa no considera el pago de los gastos relacionados con el manejo de un vehículo, como millaje o combustible.

Documentos solicitados

Por favor, adjuntar una fotocopia de los siguientes documentos:

Licencia de conducir del Asistente

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comprobante del seguro (Se exige el seguro del vehículo utilizado para los servicios que requieran manejar un vehículo. El seguro debe cumplir los requisitos mínimos del estado para la cobertura del seguro de los vehículos).

Fecha de vencimiento: _____ Propietario del vehículo: _____

Reconocimiento

Comprendo que tengo la responsabilidad de mantener informada a CDCN de cualquier cambio o renovación del seguro, y me abstendré de presentar horas de servicios de manejo, a menos que se cumplan los requisitos establecidos más arriba.

Firma del Asistente

Fecha

Firma del Miembro/LR

Fecha

Nombre en imprenta del Asistente_____
Nombre en imprenta del Miembro

Instrucciones: Completar este formulario y presentar los adjuntos solicitados SOLO si el Asistente NO proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el Asistente proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo, completar el Formulario de confirmación de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

La normativa del estado exige que se archive una copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado del Asistente en el expediente, incluso si el Asistente no proporcionará al Miembro servicios que requieran manejar.

Código Administrativo de Nuevo México 8.315.4.11 B.1. (a) Verificar que el Asistente posea una licencia de conducir del estado vigente, si el Plan de Atención Individual (*Individual Plan of Care*, «IPoC») incluye actividades que requieran manejar; se debe conservar una copia de la licencia de conducir vigente en el expediente del Asistente en todo momento; si el IPoC no incluye actividades que requieran manejar, se debe conservar una copia de la ID del estado válida en el expediente del Asistente en todo momento.

Documentos solicitados

Por favor, adjuntar una fotocopia de uno de los siguientes documentos:

☐ **Licencia de conducir del Asistente**

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

☐ **Tarjeta de ID del estado del Asistente**

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Reconocimiento

El Miembro y el Asistente acuerdan que el Asistente no proporcionará servicios de manejo en ningún momento durante la prestación de los servicios del programa.

Firma del Asistente_____
Fecha_____
Firma del Miembro/LR_____
Fecha

Puesto que usted proporciona servicios a un receptor de Medicaid, es importante que sepa qué es el fraude. Los profesionales, los amigos e incluso los familiares pueden cometer fraude. Usted tiene la responsabilidad de reconocer los signos del fraude para poder evitar este problema. El fraude es: «la tergiversación intencional de la verdad a fin de engañar a alguien para que se desprenda de algo de valor o renuncie a un derecho legal».

Consumer Direct Care Network («CDCN») tiene la obligación de denunciar cualquier inconveniente que involucre el fraude contra Medicaid. Cualquier Miembro, Representante Legal o Asistente que participe de los siguientes actos será denunciado ante Autoridad de Atención Médica de Nuevo México:

1. Reclamar horas o servicios no prestados en una planilla de registro de horas o en el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (*Electronic Visit Verification*, «EVV»).
2. No proporcionar y mantener servicios de calidad tal como se detalla por escrito en el Plan de Atención Individual.
3. Actuar de un modo que se considere abusivo y/o inadecuado conforme al programa de Medicaid.
4. Fingir necesitar servicios que no son necesarios a nivel médico.
5. Alentar a un Miembro a recibir servicios que no son necesarios ni han sido solicitados por el Miembro o el Representante Legal.



Conforme a la ley federal y estatal, CDCN tiene la responsabilidad de identificar, investigar y derivar a las entidades correspondientes los casos de sospecha de fraude o abuso del programa de Medicaid por parte del **Miembro**, el **Asistente** o la **Agencia Proveedora**.

Si usted cree que una persona o agencia (vecino, consultorio médico, prestador de servicios de atención personal, etc.) ha participado de alguna de las acciones enumeradas, debe comunicarse con el Departamento Autoridad de Atención Médica de Nuevo México. El número se indica a continuación).



El fraude contra Medicaid es un delito contra todos los contribuyentes y es un delito estatal y federal.

Todos los casos de posible fraude contra Medicaid o abuso del programa deben informarse de inmediato a Autoridad de Atención Médica de Nuevo México. Los llamados serán confidenciales y anónimos. Para hacer una denuncia, llame o envíe un correo electrónico a la División de Asistencia Médica del, Autoridad de Atención Médica de Nuevo México al 1-800-228-4802 o a HSD-OIG.Fraud@state.nm.us. Consulte la página de Recursos contra el fraude de nuestro sitio web para obtener más información.

CDCN toma muy en serio el fraude contra Medicaid. CDCN tiene la obligación de denunciar las sospechas de fraude contra Medicaid al estado de Nuevo México. Si se descubre alguna actividad fraudulenta, la compañía la denunciará a las autoridades; y la persona o las personas que cometan el fraude serán procesadas con todo el peso de la ley.

Nombre del Asistente

Firma del Asistente

Fecha

Créditos fiscales por oportunidades laborales - Consumer Direct Care Network

Consumer Direct Care Network (CDCN) participa en el programa Work Opportunity Tax Credit (WOTC). WOTC es un crédito fiscal federal disponible para los empleadores. 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 selección. No se le pedirá que firme electrónicamente.

***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



Calendario de Nómina 2025

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



ENERO							FEBRERO							MARZO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			△ 1	2	3	4							1							1
5	6	7	8	9	○ 10	11	2	3	4	5	6	○ 7	8	2	3	4	5	6	○ 7	8
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
19	△ 20	21	22	23	○ 24	25	16	△ 17	18	19	20	○ 21	22	16	17	18	19	20	○ 21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					
ABRIL							MAYO							JUNIO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	○ 4	5					1	○ 2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	○ 13	14
13	14	15	16	17	○ 18	19	11	12	13	14	15	○ 16	17	15	16	17	18	△ 19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	○ 27	28
27	28	29	30				25	△ 26	27	28	29	○ 30	31	29	30					
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	△ 4	5						1	2		△ 1	2	3	4	○ 5	6
6	7	8	9	10	○ 11	12	3	4	5	6	7	○ 8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	○ 19	20
20	21	22	23	24	○ 25	26	17	18	19	20	21	○ 22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				
							31													
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			1	2	○ 3	4							1		1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	○ 12	13
12	△ 13	14	15	16	○ 17	18	9	10	△ 11	12	13	○ 14	15	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	△ 21	22	21	22	23	○ 24	△ 25	26	27
26	27	28	29	30	○ 31		23	24	25	○ 26	△ 27	28	29	28	29	30	31			
							30													

Asuetos bancarios y de las oficinas postales en 2025

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

*Día de Año Nuevo - Miércoles 1 de Enero

*Día de Martin Luther King, Jr. - Lunes 20 de Enero

Día de los Presidentes - Lunes 17 de Febrero

*Día de los Caídos - Lunes 26 de Mayo

*Juneteenth - Jueves 19 de Junio

*Día de la Independencia - Viernes 4 de Julio

*Día del Trabajo - Lunes 1 de Septiembre

Día de Colón - Lunes 13 de Octubre

*Día de los Veteranos - Martes 11 de Noviembre

*Día de Acción de Gracias - Jueves 28 de Noviembre

*Día de Navidad - Jueves 25 de Diciembre



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
12/15/2024	12/28/2024	12/30/2024	1/10/2025
12/29/2024	1/11/2025	1/13/2025	1/24/2025
1/12/2025	1/25/2025	1/27/2025	2/7/2025
1/26/2025	2/8/2025	2/10/2025	2/21/2025
2/9/2025	2/22/2025	2/24/2025	3/7/2025
2/23/2025	3/8/2025	3/10/2025	3/21/2025
3/9/2025	3/22/2025	3/24/2025	4/4/2025
3/23/2025	4/5/2025	4/7/2025	4/18/2025
4/6/2025	4/19/2025	4/21/2025	5/2/2025
4/20/2025	5/3/2025	5/5/2025	5/16/2025
5/4/2025	5/17/2025	5/19/2025	5/30/2025
5/18/2025	5/31/2025	6/2/2025	6/13/2025
6/1/2025	6/14/2025	6/16/2025	6/27/2025
6/15/2025	6/28/2025	6/30/2025	7/11/2025
6/29/2025	7/12/2025	7/14/2025	7/25/2025
7/13/2025	7/26/2025	7/28/2025	8/8/2025
7/27/2025	8/9/2025	8/11/2025	8/22/2025
8/10/2025	8/23/2025	8/25/2025	9/5/2025
8/24/2025	9/6/2025	9/8/2025	9/19/2025
9/7/2025	9/20/2025	9/22/2025	10/3/2025
9/21/2025	10/4/2025	10/6/2025	10/17/2025
10/5/2025	10/18/2025	10/20/2025	10/31/2025
10/19/2025	11/1/2025	11/3/2025	11/14/2025
11/2/2025	11/15/2025	11/17/2025	11/26/2025*
11/16/2025	11/29/2025	12/1/2025	12/12/2025
11/30/2025	12/13/2025	12/15/2025	12/24/2025*
12/14/2025	12/27/2025	12/29/2025	1/9/2026
12/28/2025	1/10/2026	1/12/2026	1/23/2026

Consumer Direct Care Network New Mexico
1120 Pennsylvania St. NE, Suite 100
Albuquerque, NM 87110

Teléfono: 866-344-2371
Fax: 866-344-2373

Correo electrónico: infoCDNM@ConsumerDirectCare.com
Página web: www.ConsumerDirectNM.com