



Paquete de inscripción del empleador autodirigido/participante de NM

Este paquete contiene todos los formularios que necesitas para inscribirte como empleador y comenzar a pagar a tu empleado. Por favor, asegúrate de seguir todas las instrucciones de este paquete.

Debes completar y devolver:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declaración del empleador (opcional) | <input type="checkbox"/> Formulario SS-4 del IRS |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidades y declaración del empleador | <input type="checkbox"/> Formulario 2678 del IRS |
| <input type="checkbox"/> Contrato de autorización del empleador | <input type="checkbox"/> Formulario 8821 del IRS |
| <input type="checkbox"/> NM ACD-31102 | |

Te animamos a que utilices la lista de comprobación anterior como revisión final antes de devolver los formularios.

Si no se devuelve este formulario se retrasará la inscripción. Nota: rellena los formularios de este paquete en formato PDF antes de imprimirlos, rellena primero el formulario de designación del empleador, incluida la página 2, y luego revisa el resto de los documentos para verificar que los datos se han introducido correctamente. Todos los demás documentos, incluyendo la información sobre cómo completar los formularios, el calendario de pagos y los formularios instructivos similares, son sólo para fines informativos y no es necesario devolverlos. Envíe los formularios completados por fax, correo electrónico, correo postal o en persona a Conduent a una de las siguientes direcciones.

Fax: 866.302.6787

Correo electrónico: docprocessing@conduent.com

Dirección:

**1720-A Randolph Rd SE
Albuquerque, NM 87106**

Dirección postal:

**PO Box 27460
Albuquerque, NM 87125-7460**

Si necesitas ayuda durante el proceso, por favor contacta al Centro de Atención al Cliente de los Consulados (CCSC) al 1 800 283 4465.

¡Estamos para servirte!

Instrucciones para los formularios del empleador

Por favor, utiliza las siguientes instrucciones para completar los formularios adjuntos con el fin de convertirte en empleador a través del programa autodirigido.

- La **designación del empleador** (opcional) se utiliza para establecer un responsable del registro (EOR) en nombre del afiliado. Completa todo el formulario. Firma y fecha los campos resaltados en la página 2. *Este formulario sólo es aplicable cuando el afiliado no es el empleador.*
- En el apartado de **responsabilidades y declaración del empleador** se describen las responsabilidades del empleador de la empresa. Completa, firma y fecha los cuatro campos resaltados en la parte inferior de la página.
- El **contrato de autorización** describe las responsabilidades de Conduent como agente fiscal/empresarial y le autoriza a garantizar el cumplimiento del IRS y otras autoridades fiscales federales y estatales en nombre del empleador. Completa, firma y fecha los cuatro campos resaltados en la parte inferior de la página.
- El formulario **ACD-31102 de NM** otorga a Conduent la autoridad para proporcionar y recibir información y para realizar todos los actos que pueden llevar a cabo en tu nombre como empleador con respecto a cualquier asunto de compensación por desempleo de Nuevo México. Completa, firma y fecha los campos resaltados en la página.

*Si el empleador ya se ha configurado con su estado para la Ley Estatal de Impuestos sobre el Desempleo (SUTA), entonces se debe proporcionar un documento separado con las credenciales de inicio de sesión (incluyendo el número de cuenta, la tasa actual, la contraseña de identificación del usuario, las preguntas de seguridad, etc.) y la identificación del estado.

Nota: Para poder completar los formularios e imprimir este paquete en PDF, completa primero este formulario de datos, incluida la página 2, y luego revisa el resto de los documentos para verificar que los datos se han insertado correctamente.



Designación del empleador

Marca esta casilla si este formulario es utilizado para cambiar al empleador de registro en la cuenta de un participante existente. Fecha del cambio solicitado: ___/___/____. Este cambio entrará en vigor a partir del siguiente periodo de servicio programado tras la tramitación de la documentación

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE	
Nombre completo	Últimos 4 del SSN

El empleador de registros debe reclutar, contratar, formar, supervisar y despedir a los empleados que prestan apoyo al participante. Esto incluye supervisar las tareas y los horarios de los empleados, completar los formularios de inscripción y presentar las hojas de trabajo. El empleador de registro debe ser mayor de 18 años, demostrar un fuerte compromiso con el participante, mostrar conocimiento y respeto por las preferencias del participante, y utilizar su buen juicio para actuar en nombre del participante.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Primer nombre	Nombre medio	Apellido	
Número de Seguridad Social	Correo electrónico (OBLIGATORIO)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Relación con el participante			Género
<input type="checkbox"/> Padre o madre	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Tutor legal
<input type="checkbox"/> Representante legal	<input type="checkbox"/> Sin parentesco	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Masculino
			<input type="checkbox"/> Femenino
Dirección física (calle, Incluyendo número de apartamento)			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (calle, Incluyendo número de apartamento) – <i>si es distinta de la dirección física</i>			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono 1	Teléfono 2	Método de comunicación	
		<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono / buzón de voz	

El empleador no recibe una compensación monetaria por dirigir los cuidados en nombre del participante en el curso del programa autodirigido. Los empleadores no pueden prestar servicios de apoyo directo al participante. Los empleados no deben tener antecedentes que impliquen explotación, abuso o agresión a otra persona y deben ser plenamente capaces de las responsabilidades asociadas a la gestión del personal de apoyo y al manejo de los aspectos financieros del programa autodirigido, incluyendo la utilización adecuada del presupuesto y la verificación de la exactitud de los informes proporcionados por Palco

.Al completar este formulario y firmarlo, todas las partes están de acuerdo en que la persona nombrada en este documento aceptará las responsabilidades del empleador de registro. El empleador ha proporcionado su dirección de correo electrónico y entiende que Palco no es responsable de proporcionar información a una dirección de correo electrónico incorrecta suministrada por él. El empleador ha leído y acepta el Aviso de Prácticas de Privacidad de Palco y los Términos y Condiciones del sistema de inscripción de Palco y acepta recibir información, notificaciones y otra correspondencia por vía electrónica a la dirección de correo electrónico. Dicha correspondencia puede contener información personal sobre la salud, tal y como se define en la norma 45 CFR 160.103, y otros datos de identificación personal. El empleador acepta todos los riesgos asociados a la transmisión de dicha información a través de esos canales. El empleador entiende que su consentimiento está en vigor hasta que se notifique a Palco por escrito que se retira dicho consentimiento.

Nombre impreso del empleador

Firma del empleador

Fecha

Nombre impreso del participante

Firma del participante

Fecha

*Si el participante no puede firmar,
por favor, sé testigo:*

Nombre impreso del testigo:

Firma del testigo:

Fecha

Responsabilidades y declaraciones del empleador

Como empleador registrado, entiendo que soy el único empleador de todos los empleados de apoyo que prestan servicios al participante. El empleador controla la formación, gestión, evaluación, programación y despido del empleado. El empleado no es ocupado o contratado por Palco ni por los administradores del programa/estado, o cualquier otra agencia gubernamental estatal o federal. El empleado no es un contratista independiente.

Como empleador, debo cumplir con todas las leyes, reglamentos y requisitos federales, estatales, locales, del programa y relacionados con el empleo (incluidos todos los del Departamento de Trabajo, los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, el Servicio de Impuestos Internos y la ley estatal y la agencia de desempleo), así como las normas y la política del programa. Esto incluye proporcionar la formación y orientación necesarias a los empleados, informar de incidentes críticos y denunciar sospechas de fraude, despilfarro, abuso, negligencia o explotación.

El empleador debe asumir la responsabilidad de gestionar el riesgo y la responsabilidad de cualquier incidencia de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y de cualquier acto u omisión negligente en el lugar de trabajo. Ni Palco, ni los administradores del programa/estado, son responsables de cualquier acto negligente, lesiones relacionadas con el trabajo u omisiones por parte del empleador, participante, empleado, proveedores de servicios u otras partes autorizadas.

Los fondos para pagar los servicios proporcionados por el empleado proceden de fuentes públicas, y la responsabilidad financiera se aplica al uso de los fondos. Tanto el empleador como el empleado tienen la responsabilidad individual y conjunta de rendir cuentas de los fondos gastados a través del programa y entienden que la presentación de horas falsas o presentaciones fraudulentas de solicitudes de pago de bienes o servicios prestados, distintos de los aprobados en el presupuesto de servicios autorizado, serán denunciados a las autoridades competentes para su investigación y posible enjuiciamiento como fraude. En el caso de que los fondos sean insuficientes para cubrir los gastos del programa, como empleador, eres responsable del pago al empleado o al proveedor de servicios según las leyes estatales y federales. El empleador debe mantener registros precisos y proporcionar dichos registros a las partes autorizadas que lo soliciten, así como cumplir con todas las normas y reglamentos del programa, incluidas las políticas de privacidad de Palco.

Al firmar a continuación, doy fe de que he leído, entendido, aceptado y atestiguado lo anterior y he dirigido a mi empleado en consecuencia.

Nombre impreso del empleador

de ID / Últimos cuatro del SSN

Firma del empleador

Fecha

Contrato de autorización del empleador

Como empleador registrado, entiendo que tengo ciertas responsabilidades, tales como la preparación y el pago de los impuestos de empleo para mis empleados y otras responsabilidades relacionadas con el empleo que caen bajo la orientación del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Departamento de Trabajo (DOL), y las directrices y reglamentos de la agencia/programa. Palco, Inc. actuará como mi agente en un ámbito limitado y en mi nombre sólo para las tareas relacionadas con este programa y como se enumeran a continuación, sin perjuicio de la aprobación del IRS u otras agencias estatales.

- Desempeñar todas las funciones de agente fiscal/empleador según lo exigido por el contrato, el reglamento de la política, las leyes federales y estatales, y otras normas y reglamentos aplicables.
- Para obtener un número de identificación federal de empleador (FEIN), presenta el formulario 2678 del IRS para representar efectos fiscales relacionados con el programa y con el empleador, presentar informes fiscales y mantener correspondencia con el IRS en relación con los FEIN o la información fiscal del empleador.
- Establecer y registrarse como empleador en el estado en el que se realizan los negocios.
- Ser mi agente para los fines limitados de la retención del impuesto sobre la renta estatal y/o local y del impuesto estatal sobre el desempleo, incluida la solicitud de números de identificación de la retención del impuesto sobre la renta estatal y/o local y del impuesto estatal sobre el desempleo, el establecimiento de cuenta(s) en línea para presentar y pagar los impuestos en mi nombre, y la recepción de correspondencia relacionada con mi(s) cuenta(s) de retención del impuesto sobre la renta estatal y/o local y del impuesto estatal sobre el desempleo.
- Recibir información confidencial sobre mí y recibir y desembolsar fondos públicos fondos públicos, según mis indicaciones, el programa y el presupuesto y/o el plan de gastos.
- Para solicitar y establecer pólizas y cuentas de compensación de trabajadores, pagar las cuotas de compensación de trabajadores y cumplir con los requisitos de la auditoría anual, cuando lo permita la ley estatal y las políticas del programa
- Proporcionar información limitada en mi nombre con respecto a los beneficios, las apelaciones, y según lo requerido por la ley para cumplir con los impuestos, el trabajo y otras disputas.
- Completar los formularios fiscales y laborales federales y estatales que se requieran y que estén relacionados con las obligaciones del empleador enumeradas anteriormente.

Esta autorización revoca todas las autorizaciones y poderes anteriores en el archivo y permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que sea anulada por cualquiera de las partes por escrito. Al firmar a continuación, autorizo a Palco, Inc. a actuar en mi nombre en relación con los elementos enumerados en este documento y doy fe de que entiendo estas responsabilidades y acepto los términos de este contrato de autorización del empleador.

Nombre impreso del empleador

de ID / Últimos cuatro del SSN

Firma del empleador

Fecha

Instrucciones para los formularios del IRS

Por favor, completa los formularios del IRS adjuntos para convertirte en empleador a través del programa autodirigido. Utiliza las instrucciones y la lista de comprobación que aparecen a continuación para guiarte en este proceso. Todas las áreas resaltadas en amarillo en los formularios deben ser firmadas.

- **El formulario SS-4 del IRS** permite a Palco solicitar un FEIN (Número Federal de Identificación del Empleador) al IRS en tu nombre. Esto se requiere para todos los empleadores en los Estados Unidos.
 - Escribe tu nombre completo en la línea 1.
 - Escribe tu condado y su estado en la línea 6.
 - Escribe tu nombre completo en la línea 7a.
 - Escribe tu número de Seguro Social (SSN) en la línea 7b.
 - *Debe coincidir con el SSN que figura en tu tarjeta oficial de Seguro Social.*
 - *Si ya tienes un FEIN bajo tu SSN, imprime tu FEIN en la línea 7b, en lugar de tu SSN, envía a Palco una copia de la carta de asignación del FEIN del IRS.*
 - Escribe tu nombre, fecha y firma de bajo de este formulario.

Si ya tienes un FEIN bajo tu SSN, envía a Palco una copia de la carta de asignación de FEIN del IRS.

- **El formulario 2678 del IRS** designa a Palco como tu intermediario sólo para los fines limitados como pagar los impuestos sobre la nómina del trabajador del participante.
 - Escribe tu nombre completo en la línea 2.
 - Escribe tu dirección en los espacios apropiados en la línea 4. Asegúrate de completar las tres líneas según corresponda.
 - Escribe tu nombre, firma y fecha al final del formulario.
- **El formulario 8821 del IRS** permite a Palco mantener correspondencia con el IRS a tu nombre para el propósito exclusivo del programa autodirigido.
 - Escribe tu nombre completo y dirección en el espacio correspondiente de la casilla 1.
 - Escribe tu nombre, firma y fecha en la parte inferior del formulario.

Solicitud de Número de Identificación Patronal (EIN)

(Para ser usado en Puerto Rico por patronos, corporaciones, sociedades colectivas, fideicomisos, caudales hereditarios, iglesias, agencias gubernamentales, entidades de tribus indígenas de los EE.UU., ciertos individuos y otros).

► **Vea las instrucciones por separado para cada línea.** ► **Conserve una copia para sus archivos.**

EIN

Escriba a maquinilla o con letra de molde.	1	Nombre legal de la entidad (o persona física) por la que se solicita un EIN	3	Nombre del albacea, administrador, síndico o persona a cargo
	2	Nombre comercial de la entidad (si es distinto al del encasillado 1) Palco Inc	5a	Dirección del negocio (si es diferente) (No puede ser un apartado postal). Palco, Inc. as 3504 Fiscal Employer Agent
	4a	Dirección postal (apartado postal, apartamento o piso). Incluya calle y núm. PO Box 242930	5b	Ciudad, estado y código postal (ZIP) (Si es en el extranjero, vea las instrucciones).
	4b	Ciudad, estado y código postal (ZIP) (Si es en el extranjero, vea las instrucciones). Little Rock, AR 72223	6	Nombre del estado (y/o condado) donde está ubicado el negocio principal
	7a	Nombre de las personas o parte responsable	7b	SSN, ITIN o EIN
	8a	¿Es la solicitud para una compañía de responsabilidad limitada (LLC) (o para una entidad extranjera equivalente)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8b	Si contesta "Sí" en la línea 8a, anote el número de miembros de la LLC ►
	8c	Si contesta "Sí" en la línea 8a, ¿fue organizada la LLC en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9a	Clase de entidad (marque sólo una). Precaución: Si contestó "Sí" en la línea 8a, vea las instrucciones para saber qué encasillado marcar.			
	<input type="checkbox"/> Dueño único (SSN) _____ <input type="checkbox"/> Sociedad colectiva _____ <input type="checkbox"/> Corp. (anote núm. de formulario que se radica) _____ <input type="checkbox"/> Corp. de servicios personales _____ <input type="checkbox"/> Iglesia u organización controlada por una iglesia _____ <input type="checkbox"/> Otra organización sin fines de lucro (especifique) _____ <input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique) ► Household Employer (HCSR)		<input type="checkbox"/> Caudal hereditario (SSN del difunto) _____ <input type="checkbox"/> Administrador de un plan (TIN) _____ <input type="checkbox"/> Fideicomiso (TIN del otorgante) _____ <input type="checkbox"/> Militar/Guardia Nacional <input type="checkbox"/> Gobierno estatal/municipal <input type="checkbox"/> Cooperativa agrícola <input type="checkbox"/> Gobierno federal <input type="checkbox"/> NHIBR (REMIC) <input type="checkbox"/> Gobiernos o empresas tribales Núm. de grupo de exención (NEG) si lo hay ►	
9b	Si es una corporación, anote el estado o el país extranjero (si corresponde) donde se incorporó ►		Estado	País extranjero
10	Motivo por el cual hace la solicitud (marque sólo uno). <input type="checkbox"/> Nuevo negocio (especifique) ► _____ <input type="checkbox"/> Contrató empleados. (Marque aquí y vea la línea 13). <input type="checkbox"/> Conformidad con las reglas de retención del IRS <input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique) ► Household Employer (HCSR)			
11	Fecha en que se estableció o adquirió el negocio (día, mes y año). Vea las instrucciones.		12 Mes en el que se cierra el año contable	
13	Número máximo de empleados que espera tener en los próximos 12 meses (anote -0- si no espera tenerlos). Si no espera tener empleados, ignore la línea 14.		14 Si espera que su obligación contributiva sobre la nómina sea \$1,000 o menos en un año natural completo y desea radicar el Formulario 944(SP) anualmente en vez de radicar los Formularios 941-PR trimestralmente, marque este encasillado. (En la mayoría de los casos, su obligación contributiva sobre la nómina será \$1,000 o menos si la totalidad de los sueldos que espera pagar es \$6,536 o menos). Si no marca este encasillado, tiene que radicar el Formulario 941-PR para cada trimestre. <input type="checkbox"/>	
	Agrícola	Doméstico	Otro	
15	Fecha en que por primera vez se pagaron los salarios o anualidades (día, mes y año). Nota: Si el solicitante es un agente que hace retenciones, anote la fecha en que por primera vez se harán pagos a un extranjero no residente (día, mes y año). ►			
16	Marque un encasillado que mejor describa la actividad principal del negocio. <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud y asistencia social <input type="checkbox"/> Agente/corredor al por mayor <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Alquiler y arrendamiento <input type="checkbox"/> Transporte y almacenamiento <input type="checkbox"/> Alojamiento y servicios de alimentación <input type="checkbox"/> Otro al por mayor <input type="checkbox"/> Ventas al detalle <input type="checkbox"/> Bienes raíces <input type="checkbox"/> Manufactura <input type="checkbox"/> Finanzas y seguros <input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique) Household Employer (HCSR)			
17	Indique la clase principal de mercancía vendida, construcción hecha, productos elaborados o servicios provistos.			
18	¿Solicitó y recibió anteriormente la entidad solicitante indicada en la línea 1 un número de identificación patronal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó "Sí", anote el EIN anterior aquí ►			

Tercero Autorizado	Complete este apartado sólo si desea autorizar a que la persona indicada reciba el EIN de la entidad y que aclare toda duda sobre la preparación de esta planilla.		
	Nombre del tercero autorizado Larry Paladino	Núm. de teléfono del tercero (incluya el código de área) 501-604-9936	
	Dirección y código postal (ZIP) PO BOX 242930, Little Rock AR 72223	Núm. de fax del tercero (incluya el código de área) 501-821-0045	
	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, es verídica, correcta y completa.	Núm. de teléfono del solicitante (incluya el código de área)	
	Núm. de fax del solicitante (incluya el código de área)		

Form 2678 Employer/Payer Appointment of Agent

(Rev. August 2014) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0748

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

For IRS use:

- If you are an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

Note. This appointment is not effective until we approve your request. See the instructions for filing Form 2678 on page 3.

- If you are an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

Part 1: Why you are filing this form...

(Check one)

- You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.
- You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.

1 Employer identification number (EIN)

□ □ - □ □ □ □ □ □ □ □

2 Employer's or payer's name
(not your trade name)

3 Trade name (if any)

4 Address

PO BOX 242930

Number Street Suite or room number

LITTLE ROCK AR 72223

City State ZIP code

Foreign country name Foreign province/county Foreign postal code

5 Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file. (Check all that apply.)

	For ALL employees/ payees/payments	For SOME employees/ payees/payments
--	---------------------------------------	--

Form 940, 940-PR (Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return)*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 943, 943-PR (Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 944, 944(SP) (Employer's ANNUAL Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 945 (Annual Return of Withheld Federal Income Tax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-1 (Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-2 (Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Generally you cannot appoint an agent to report, deposit, and pay tax reported on Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return, unless you are a home care service recipient.

- Check here if you are a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA tax for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

X Sign your name here

Print your name here

Print your title here

HCSR Household Employer

Date

____ / ____ / ____

Best daytime phone

501-604-9936

Now give this form to the agent to complete. ➡

Autorización para Recibir Información Tributaria

- ▶ Visite www.irs.gov/Form8821sp para obtener las instrucciones y la información más reciente.
- ▶ No firme este formulario a menos que se hayan completado todas las líneas correspondientes.
- ▶ No utilice el Formulario 8821 (sp) para solicitar copias de sus declaraciones de impuestos ni para autorizar a alguien a representarlo. Consulte las instrucciones.

OMB No. 1545-1165

Solo para uso del IRS

Received by: _____
Name _____
Telephone _____
Function _____
Date _____

1 Información sobre el contribuyente. El contribuyente tiene que firmar y fechar este formulario en la línea 6.

Nombre y dirección del contribuyente	Número(s) de identificación del contribuyente	
	Número de teléfono durante el día 501-604-9936	Número de plan (si corresponde)

2 Designado(s). Si desea nombrar a más de dos designados, adjunte una lista a este formulario. **Marque aquí si se adjunta una lista de designados adicionales**

Nombre y dirección Palco Larry Paladino PO BOX 242930 Little Rock, AR 72223 Marque si se enviarán copias de los avisos y comunicaciones <input type="checkbox"/>	Núm. de CAF 5005-46467R PTIN P000142099 Núm. de teléfono 501-604-9936 Núm. de fax 501-821-0045 Marque si cambió su: Dirección <input type="checkbox"/> Núm. de teléfono <input type="checkbox"/> Núm. de fax <input type="checkbox"/>
--	---

Nombre y dirección Marque si se enviarán copias de los avisos y comunicaciones <input type="checkbox"/>	Núm. de CAF _____ PTIN _____ Núm. de teléfono _____ Núm. de fax _____ Marque si cambió su: Dirección <input type="checkbox"/> Núm. de teléfono <input type="checkbox"/> Núm. de fax <input type="checkbox"/>
---	--

3 Información tributaria. Cada designado está autorizado a inspeccionar y/o recibir información tributaria confidencial para el tipo de impuestos, formularios, períodos y asuntos específicos que usted indica a continuación. Consulte las instrucciones para la línea 3.

Al marcar aquí, autorizo el acceso a mis registros del IRS mediante un proveedor intermediario de servicios.

(a) Tipo de información tributaria (Ingresos, empleo, nómina, sobre artículos de uso y consumo, caudal hereditario, regalo, multa civil, pagos conforme a la sección 4980H, etcétera)	(b) Número del formulario tributario (1040, 941, 720, etcétera)	(c) Año(s) o período(s)	(d) Asuntos tributarios específicos
Employment	SS-4, 2678, 8821		
Employment	W-4, W-5		
Employment	940, 941, W-2, W-3		

4 Uso específico no registrado en el Archivo Centralizado de Autorizaciones (CAF, por siglas en inglés). Si la autorización de información tributaria es para un uso particular que no se registra en el CAF, marque esta casilla. Consulte las instrucciones. Si marca esta casilla, omita la línea 5

5 Conservación/Revocación de autorizaciones previas para recibir información tributaria. Si se marcó la casilla de la línea 4, omita esta línea. Si no se marcó la casilla de la línea 4, el IRS revocará automáticamente todas las autorizaciones previas registradas para recibir información tributaria, a menos que usted marque la casilla de la línea 5 y **adjunte una copia** de la autorización o autorizaciones para recibir información tributaria que desea conservar
Para revocar una autorización o autorizaciones previa(s) para recibir información tributaria sin presentar una nueva autorización, consulte las instrucciones para la línea 5.

6 Firma del contribuyente. Si está firmado por un funcionario empresarial, socio, tutor, representante de sociedad colectiva (o individuo designado, si corresponde), albacea, síndico, administrador, fideicomisario o individuo que no sea el contribuyente, yo certifico que tengo la autoridad legal para firmar este formulario con respecto a los asuntos y períodos tributarios que se muestran en la línea 3 anterior.

- ▶ SI NO SE COMPLETA, FIRMA Y FECHA, ESTA AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR INFORMACIÓN TRIBUTARIA SE DEVOLVERÁ.
- ▶ NO FIRME ESTE FORMULARIO SI ESTÁ EN BLANCO O INCOMPLETO.

Firma	Fecha
Escriba el nombre en letra de molde	Household Employer (HCSR) Título (si corresponde)