

PLAN DE TRABAJO COMPARTIDO - PARTICIPANTE INDIVIDUAL

K-BEN 103-S (Rev. 4-22)

Complete y envíe este formulario a su empleador. Todos los espacios de información son obligatorios. Cualquier pregunta que tenga debe hacérsela a su empleador, no al Departamento de Trabajo, ya que su empleador manejará su reclamo. Esta información es utilizada por el Departamento de Trabajo para confirmar su identidad y crear su reclamo.

Información Personal	Información de Empleo
Primer Nombre: _____	Número de horas que trabaja regularmente cada semana para este empleador: _____
Segundo Nombre: _____	Trabaja para algún otro empleador(es)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Apellido: _____	Número de horas que trabaja regularmente para todos los demás empleadores cada semana: _____
Número de Seguro Social: _____	Preguntas sobre derechos
Apellido de la Madre: _____	En los últimos 18 meses, usted:
Fecha de Nacimiento: _____	• ¿Sirvió en el Militar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Número de Licencia de Conducir: _____	En caso afirmativo, fecha de alta: _____
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer	• ¿Trabajó para el gobierno federal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección de Envío: _____	• ¿Trabajó en un estado que no sea Kansas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ciudad: _____	Estado(s) en el que trabajó: _____
Estado: _____ Código Postal: _____	• ¿Desea combinar los salarios que ganó en esos estados para un reclamo de salario combinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Es Ciudadano de los EU? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• Presentó un reclamo o recibió beneficios por desempleo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿En los últimos 18 meses, ¿usó o usó otros nombres y/o números de Seguro Social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	• ¿Recibe algún tipo de pensión diferente a la Seguridad Social? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En Caso afirmativo, enumérelos: _____	

Elecciones de Retención de Impuestos

Los beneficios pagados bajo este programa son ingresos imponibles que deben declararse en sus declaraciones de impuestos sobre la renta federales y estatales. Si desea que se retengan estos impuestos de sus beneficios, indíquelo a continuación.

- Quiero que se retenga el 10 por ciento del monto de mi beneficio semanal para destinarlo a mi obligación tributaria federal.
- Quiero que se retenga el 3.5 por ciento del monto de mi beneficio semanal para destinarlo a mi obligación estatal de impuestos sobre la renta.

Certificación

Certifico que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y completa, y entiendo que una tergiversación deliberada o intencional o la falta de divulgación de un hecho material es fraudulento y punible según la Ley de Seguridad Laboral de Kansas. Además, entiendo que cada semana debo decirle a mi empleador cuántas horas, si las hay, estoy trabajando para otros empleadores. Al firmar, doy permiso al Departamento de Trabajo de Kansas para presentar un reclamo inicial de beneficios si es necesario para participar en el Plan de Trabajo Compartido.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

OFFICE USE ONLY (SOLO USO DE OFICINA)

Plan No. _____ Sub Plan No.: _____ Employer Serial No. _____

Plan information: Kansas Federal Military Claim type: New Additional