



Если Вы ранее регистрировались в качестве работника по уходу на дому (IHSS), обратитесь в наш офис г. Сан-Франциско (San Francisco Independent Provider Assistance Center, IPAC) по телефону (415) 557-6200 или по электронной почте ihsspaymentunits@sfgov.org прежде, чем выполнять приведенные ниже инструкции.

1



ЗАРЕГИСТРИРУЙТЕСЬ НА ИНТЕРНЕТ-СТРАНИЦЕ

- Зайдите на Интернет-страницу www.ihss.sfipenroll.org
- Зарегистрируйтесь*
- Посмотрите видео
- Запишитесь на вводный инструктаж
- Поставьте электронную подпись на документах SOC 426 и SOC 846

* ПРИМЕЧАНИЕ. Запишите свое имя пользователя, пароль и ответы на контрольные вопросы. Эти данные понадобятся во время просмотра видео.

2



ПОДГОТОВЬТЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ВВОДНОГО ИНСТРУКТАЖА

- Адрес и пароль электронной почты
- Действующий документ, удостоверяющий личность, с фотографией, выданный штатом или правительством США**
- Оригинал карты социального обеспечения**
- Разрешение на работу (требуется, только если в вашей карте социального обеспечения указано: «Действительна для работы только при наличии разрешения от Министерства внутренней безопасности или Службы иммиграции и натурализации»)
- Заполните вместе с клиентом форму «Назначение работника по уходу на дому» (SOC-426A).*** Бланк можно запросить по телефону 415-557-6200

** Имя и фамилия, указанные в документе, удостоверяющем личность и карте социального обеспечения, должны совпадать. Копии не принимаются!

*** Если Вам нужен клиент и Вы хотите, чтобы Вас внесли в список регистрации работников по уходу, обратитесь в специальный орган г. Сан-Франциско San Francisco Public Authority по телефону 415-243-4477 / www.sfhhsa.org

3



ПОСЕТИТЕ ВВОДНЫЙ ИНСТРУКТАЖ ПО АДРЕСУ 77 OTIS STREET (Визит может продлиться

1 - 2 часа)

- Возьмите с собой документы, перечисленные в пункте 2
- Прийдите за 15 минут до назначенного времени
- Получите бланк LiveScan для снятия отпечатков пальцев

4



ПРОЙДИТЕ ПРОВЕРКУ АНКЕТНЫХ ДАННЫХ

- Предоставьте анкету LiveScan в компанию предоставляющую услуги по полной проверке анкетных данных
- Сохраните копию анкеты LiveScan и квитанцию об оплате*

* Результат проверки анкетных данных будет автоматически отправлен в IHSS.

5



ТАБЕЛЬ УЧЕТА РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ - По завершению проверки анкетных данных (может занять до шести недель) Вы становитесь оплачиваемым работником по уходу!

- Для получения оплаты, зарегистрируйтесь на Интернет-странице системы электронных таблиц учета рабочего времени www.etimesheets.ihss.ca.gov

?

Нужна помощь или есть вопросы? Звоните в справочную службу IPAC: 415-557-6200
ihsspaymentunits@sfgov.org



ТЕЛЕФОНЫ ДЛЯ СПРАВОК

Bank on San Francisco Program www.bankonsf.org

(Помощь в открытии банковского счёта)

IHSS Public Authority (San Francisco)

832 Folsom Street, 9th Floors, San Francisco, CA 94107

415-243-4477 or www.sfihsdpa.org

Provider Health Benefits call: 415-593-8125 (Медицинское страхование)

HomeBridge

1035 Market St. L-1, San Francisco, CA 94103

415-255-2079 or www.homebridgeca.org

Электронные табели учета рабочего времени <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>

Чтобы получить помощь, позвоните в службу поддержки электронных табелей учета рабочего времени 1-866-376-7066

Independent Provider Union SEIU 2015 (Профсоюз работников по уходу на дому)

Местный офис: 1645 California Street, San Francisco, CA 94109

1-855-810-2015

Информация по налогам:

Для помощи в заполнении налоговых документов обратитесь к официальному специалисту по налоговым декларациям.

- Для удержания Федерального налога заполните форму W4.
- Для удержания налогов штата Калифорния заполните форму DE-4.
- Работники, проживающие с клиентом, могут быть освобождены от уплаты налогов:
 - Форма SOC2298 для освобождения от уплаты Федерального и Калифорнийского налогов (Self-Certification as Live in Provider)
 - Форма SOC2299 для отмены вышеуказанной формы Self-Certification as Live in Provider, если работник не проживает с клиентом

Вы обязаны сообщить, если у вас есть информация о злоупотреблении или нарушении:

Прав пожилых / взрослых по телефону 415-355-6700

Детей по телефону 800-856-5533

О мошенничестве по программе медицинского страхования MEDI-CAL по телефону 1-888-717-3202 или www.dhcs.ca.gov

О мошенничестве SF Human Services Agency по телефону 415-557-5771



Как подписаться на электронные табеля (E-Timesheets)

САМОСТОЯТЕЛЬНО

Электронная система табелей (ESP)

Для получателей Программы и работников

Проверочный список:



- Подготовьте следующие документы:
 - Адрес моей электронной почты:

 - Дата моего рождения: ___ / ___ / ____
 - Номер получающего Программу или работника:

 - Последние 4 цифры моего номера социального страхования:
_ _ _ _
- Выйдите на страницу www.etimesheets.ihss.ca.gov используя компьютер или телефон
- Зарегистрируйтесь, используя вышеприведенную информацию; создайте Ваши имя пользователя, пароль, и выберите вопросы для проверки:
 - Имя пользователя: _____
 - Пароль: _____
 - Вопросы для проверки и/или ответы:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
- Проверьте Вашу электронную почту и подтвердите Вашу регистрацию
- После моей регистрации, мой работник/получающий Программу тоже должен зарегистрироваться. Я:
 - Напомню ему/ей подписаться (дата): ___ / ___ / ____
- ♦ Проверьте есть ли новые инструкции на странице штата в интернете
- ♦ Работник может получить платёж скорее, если использует прямой перевод в банк

Система табелей по телефону (TTS)

Для получателей Программы и работников, вместо
Электронной Системы Табелей (ESP)

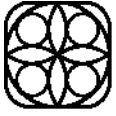
Проверочный список:



- Перед началом мне нужно: v
- Номер моего работника или моего дела: _____
- Дата моего рождения: ___ / ___ / ____
- Мой шестизначный код штата: _____
- ЕСЛИ У ВАС НЕТ КОДА, ПОЗВОНИТЕ В ПРОГРАММУ ПО ТЕЛЕФОНУ (866) 376-7066 В РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ**
- Позвоните по телефону **(833) 342-5388**, чтобы подписаться.
- Введите следующее, используя цифры на Вашем телефоне:
 - Номер работника или Вашего дела, дату рождения и регистрационный код
 - Четырёхзначный код, выбранный Вами: _ _ _ _
- Поскольку мой работник тоже должен подписаться на электронные табеля (ETS), я:
 - Напомню ему/ей подписаться: Дата: ___ / ___ / ____
- ♦ После того как оба, получающий Программу и работник, зарегистрированы, в системах ESP/TTS:
 - Работник может вносить отработанное время ежедневно или для ранее отработанных дней, позвонив по телефону **(833) 342-5388** в рабочее время.
 - Получателям автоматически позвонит система TTS после того, как работник отправит табель через ESP/TTS. Получатель может сам позвонить в систему TTS по телефону **(833) 342-5388** в рабочее время для просмотра, подтверждения или возврата табеля работнику.
- ♦ Проверьте есть ли новые инструкции на странице штата в интернете

Нужна помощь? Позвоните (866) 376-7066 or (415) 557-6200 в рабочее время | Посетите страницу:

www.etimesheets.ihss.ca.gov



Получите зарплату быстрее!

Подпишитесь на прямой перевод денег на Ваш счёт!

Закон штата требует, чтобы все работники Программы по Уходу на Дому (IHSS) подписались на прямой перевод денег за свою работу у каждого получателя Программы до 1 июля 2022 г.

Два простых действия, чтобы получать прямой перевод:

Первый шаг Выберите способ оплаты

Банк: Вам нужна следующие сведения: номер банка (routing) и номер счёта.

ИЛИ

Платёжная карта: Вам необходимы следующие сведения о платёжной карте: номер банка (routing) и номер счёта. Вы можете получить платёжную карту в одной из предлагаемых штатом компаний или в магазине по месту проживания. *

Второй шаг Зарегистрируйтесь

- В интернете:**
1. Войдите в Ваш счёт на портале (IHSS Electronic Services Portal) www.etimesheets.ihss.ca.gov
 2. Вы должны зарегистрироваться для прямого перевода для *каждого получателя Программы*
 3. Перейдите к Financial tab > Direct Deposit Entry для *каждого получателя*

ИЛИ

Почтой: Заполните и пришлите форму Provider Direct Deposit Form (SOC 829) включив *каждого получателя*.

Адрес:

Provider Forms Processing Center

P.O. Box 1697, West Sacramento, CA 95691-6697

*7 июня 2021 г. Штат сообщил каждому работнику Программы по Уходу на Дому (IHSS) о новом требовании прямого перевода зарплаты в присланном письме, включающем список компаний, в которых можно получить карту оплаты.

Посетите: www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss-providers/resources/direct-deposit для получения копии этого письма и получения дополнительной информации.

Нужна помощь?

Звоните: (866) 376-7066 or (415) 557-6200 с понедельника по пятницу, с 8 утра до 5 вечера



ПРОГРАММА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ПОМОЩИ

ИНСТРУКЦИИ:

- Пользуйтесь черными или синими чернилами. Пишите разборчиво.
- Вы (или ваш уполномоченный представитель) должны заполнить ЧАСТЬ А этой формы, чтобы известить округ, кого вы выбрали для предоставления вам разрешенной помощи.
- Если у вас несколько поставщиков услуг, вы должны заполнить отдельную форму на каждое лицо, оказывающее вам услуги по дому.
- Вы должны подписать раздел соглашения (ЧАСТЬ С) этой формы.
- Пожалуйста, верните округу заполненную и подписанную форму. Округ оставит себе оригинал формы и даст вам копию.

ЧАСТЬ А. НАЗНАЧЕНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ПОМОЩИ

1. Имя получателя услуг:	
2. Номер дела IHSS в округе:	
3. Имя поставщика услуг:	
4. Адрес поставщика услуг:	
Город, Штат, почтовый индекс:	
5. Номер телефона поставщика услуг:	
6. Дата рождения поставщика услуг:	
7. Номер SSI поставщика услуг*:	
8. Пол (отметьте квадрат):	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
9. Родственное отношение поставщика к получателю услуг(если есть):	<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Супруг(а)/Сожитель(ница) <input type="checkbox"/> Представитель интересов <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
10. Дата начала работы поставщика:	

*ПРИМЕЧАНИЕ: Запрос номера социального страхования (Social Security Number) требуется по акту реформы иммиграции и контроля от 1986 года, Государственное право 99-603 (8 USC 1324a), для подтверждения идентификации личности и разрешения на работу в США.

Я выбрал лицо, указанное выше, предоставлять мне услуги программы IHSS. Это лицо будет предоставлять некоторые или все услуги, разрешенные округом.

ЧАСТЬ В. СОГЛАШЕНИЕ ПОЛУЧАЮЩЕГО УСЛУГИ**Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН, ЧТО:**

- Лицо, которое я выбрал для предоставления мне услуг, не может получить оплату от Федерации и/или Штата, за предоставление мне услуг, пока он/она не выполнит все требования, необходимые для регистрации. Эти требования включают в себя заполнение, подпись и сдача (лично) форму регистрации поставщика услуг (SOC 426), снятие отпечатков пальцев и проверку криминального прошлого, завершения тренировки поставщика услуг и сдачи формы договора поставщика услуг (SOC 846).
- Округ пришлет мне извещение, сообщающее если лицо, которое я выбрал поставщиком услуг, не выполнит требования для регистрации поставщика услуг или если он/она не имеют право предоставлять услуги программы IHSS.
- Если я решу, чтобы это лицо предоставляло мне услуги до того, как он/она закончит регистрацию в программе IHSS и округ пришлет мне извещение о том, что он/она не имеют право на предоставление услуг программы IHSS, мне придется оплатить за услуги по уходу, предоставленные до того, как было определено, что это лицо не имеет право на предоставление услуг, из моих личных денег а также за услуги, предоставленные после того, как я получу извещение.
- Ни округ ни штат не могут быть ответственны за любые требования или потери вызванные выше-упомянутым лицом, которое я решаю нанять для предоставления услуг программы IHSS. Я обязуюсь оградить от ущерба штат и округ, их служащих, агентов и работников, и принять ответственность за все и любые требования и/или потери любому лицу, вызванные указанным лицом, которого я нанял для предоставления услуг IHSS.
- Округ может предоставить информацию о разрешенных мне услугах и количестве часов, отведенных на это лицу, предоставляющему мне услуги. Округ вышлет лицу, присматривающему за мной, извещение с указанием разрешенных мне услуг и времени, отведенному на это (SOC 2271).
- Общее количество разрешенных мне часов будет разделено на 4, чтобы определить максимальное количество рабочих часов в неделю. Максимальное количество часов в неделю является ориентиром рабочих часов, которое поставщик услуг может присматривать за мной в течение недели. Однако, с учетом того, что в большинстве месяцев немного больше, чем 4 недели, я вместе с поставщиком услуг буду распределять часы ухода за мной на весь месяц, чтобы я получал необходимые услуги в течение всего месяца.
- Иногда может потребоваться, чтобы присматривающий за мной работал больше, чем максимально разрешенное количество часов. Я должен запросить разрешение округа, чтобы изменить максимально разрешенное количество часов только, если изменение требует присматривающего за мной работать:
 1. Больше сверхурочных часов в месяц, чем он/она должны работать.

2. Больше, чем 40 часов для меня в течение рабочей недели, если разрешенные часы рабочей недели 40 часов или меньше.
- Если исключение для меня не будет утверждено, присматривающий за мной нарушит правила, работая больше часов, чем разрешено.
 - Я **никогда** не могу разрешить присматривающему за мной работать больше часов в месяц, чем это разрешено. Поэтому, если я разрешаю присматривающему за мной работать больше часов в одну неделю, я должен сократить его рабочие часы в другую неделю месяца.
 - Если присматривающий за мной, присматривает за кем-либо еще, максимальное количество часов, которое он/она может запросить за рабочую неделю, за все время, которое он/она предоставлял услуги по присмотру, всего может быть **66 часов**. Я **должен составить рабочее расписание для моего присматривающего, чтобы определить, сколько часов он/она будет ухаживать за мной в течение недели, чтобы удостовериться, что он/она не будут работать больше, чем 66 часов**. Я получу извещение о максимуме рабочих часов в неделю (SOC 2271A), в котором будет указана информация о максимальном количестве часов, чтобы я мог составить расписание работы. Для этого, присматривающий за мной сколько часов он/она может работать на меня в неделю. Если присматривающий за мной не может работать все предназначенные мне часы, я должен нанять дополнительного присматривающего. **Если мне нужна помощь найти и нанять другого присматривающего, я могу позвонить в IHSS, чтобы найти зарегистрированного присматривающего или позвонить в окружной отдел IHSS.**
 - Округ будет присылать мне извещение каждый раз, когда присматривающий за мной будет нарушать правила. Если присматривающий нарушит правила три раза, он/она будет отстранен от работы в IHSS на три месяца. Если он/она нарушит правила после трех-месячного отстранения от работы, ему/ей будет запрещено предоставлять услуги по присмотру в течение одного года.

ЧАСТЬ С. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ

Я понимаю и согласен выполнять все требования, указанные в этой форме.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

ДАТА:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

ДАТА:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

FOR COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

WORKER NAME:

DATE:



SAN FRANCISCO HUMAN SERVICES AGENCY
Department of Disability
and Aging Services

In-Home
Supportive
Services

Имя клиента на английском языке (печатными буквами)

Адрес клиента

San Francisco, CA 94_____

Номер телефона клиента

(_____)_____ - _____

ВНУТРЕННИЕ СЛУЖБЫ ПОДДЕРЖКИ

Контрольный список ответственности получателя/работодателя

Я, _____, Был проинформирован моим социальным работником о том, что я, как получатель/работодатель, несу ответственность за действия, перечисленные ниже.

- 1) Предоставление необходимой документации моему социальному работнику для установления соответствия критериям получения помощи и потребности в получении услуг. Информация для отчета включает, кроме прочего, изменения моего дохода, состава семьи, семейного положения, владения недвижимостью, номера телефона и периода времени, когда меня нет дома.
- 2) Нахождение, наем, обучение, контроль и увольнение поставщика, которого я нанимаю.
- 3) Соблюдение законов и правил, касающихся заработной платы/часов/условий труда и найма лиц младше 18-ти лет.

ПРИМЕЧАНИЕ: Обратитесь к Приказу Комиссии по условиям производства (IWC) № 15 относительно заработной платы/часов/условий труда, который можно получить в Государственном департаменте производственных отношений, Отделе стандартов труда и их правоприменения, указанном в телефонной книге. Дополнительную информацию о найме несовершеннолетних можно получить, обратившись в местный школьный округ.

- 4) Проверка того, что мой поставщик легально проживает в США. Мой поставщик и я заполним Форму I-9. Я буду хранить Форму I-9 в течение не менее трех (3) лет или одного (1) года после окончания трудоустройства, в зависимости от требований сохранности. Я буду защищать конфиденциальную информацию поставщика, такую как его номер социального обеспечения, адрес и номер телефона.
- 5) Обеспечение стандартов оплаты, графика работы и условий труда для моего поставщика.
- 6) Информирование моего социального работника о любых будущих изменениях в отношении моего поставщика(-ов), включая изменение следующих данных:

- Имя и фамилия
- Адрес
- Номер телефона:
- Отношения со мной, если таковые имеются
- Время работы и услуги, предоставляемые каждым поставщиком

- 7) Информирование моего поставщика о том, что общая почасовая ставка заработной платы составляет _____ \$, и что налоги на социальное обеспечение и государственное страхование по инвалидности вычитаются из заработной платы поставщика.
- 8) Информирование моего поставщика о том, что он/она может потребовать вычитать федеральный и/или государственный подоходный налог из его/ее заработной платы. Поручение поставщику предоставить Форму W-4 (для удержания федерального подоходного налога) и/или Форму DE 4 (для удержания подоходного налога штата).
- 9) Информирование моего поставщика о том, что он/она имеет право на получение компенсаций работникам в связи с производственной травмой или профзаболеванием, государственного страхового пособия по безработице и государственного страхового пособия по инвалидности.
- 10) Информирование моего поставщика о том, что он/она получит информационный лист с указанием моих авторизованных услуг и времени, отведенного на выполнение этих услуг. Информирование моего поставщика о том, что ему/ей не платят за выполнение работы, когда я нахожусь вне своего дома (например, когда я пребываю в больнице или в отпуске).
- 11) Оплата моей доли стоимости, если таковая имеется.
- 12) Проверка и подписание расписания моего поставщика для каждого периода оплаты с указанием правильных дней и общего количества отработанных часов. Я понимаю, что в соответствии с федеральными законами и законами штата меня могут привлечь к ответственности за предоставление ложной информации или ее сокрытие. Я понимаю, что по мере надобности мне необходимо будет поместить свой отпечаток пальца в ведомость учета рабочего времени моего поставщика для проверки правильных дней и отработанных часов. Это будет необходимо для того, чтобы мой поставщик смог получить оплату.

- 13) Обеспечение подписания моим поставщиком его/ее ведомости учета рабочего времени.
- 14) Консультирование моего поставщика по поводу отправки его/ее подписанной ее ведомости учета рабочего времени на соответствующий адрес в конце каждого периода оплаты.

Подпись получателя

Дата

Имя и фамилия (печатными буквами)

ИНСТРУКЦИЯ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОНТРОЛЬНОГО СПИСКА ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОЛУЧАТЕЛЯ/РАБОТОДАТЕЛЯ

1. Эта форма используется для проверки получателей, получающих услуги **только** от отдельных поставщиков.
2. Округа должны использовать эту форму, чтобы удостовериться в том, что получатели были проинформированы и понимают свои основные обязанности как работодатели поставщиков IHSS.
3. Просмотрите каждый элемент с поставщиком и предоставьте объяснения, как получатель может выполнить каждое требование.
4. Оставьте копию формы у получателя.



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security

U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
OMB No.1615-0047
Expires 07/31/2026

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	
<p>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.</p>		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
		<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States				
		<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)				
		<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)				
<input type="checkbox"/> 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)	<p>Additional Information</p>				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)	<p><input type="checkbox"/> Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.</p>				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					

<p>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.</p>		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
<ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (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 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 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 <li style="text-align: center;">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 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (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 <p style="margin-left: 20px;">For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central.</p> <p style="margin-left: 20px;">The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4, document, not a List C document.</p>
<p>Acceptable Receipts</p> <p>May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period.</p> <p>For receipt validity dates, see the M-274.</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.</p>	AND	<p>Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.</p>

*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 07/31/2026

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



Supplement B, Reverification and Rehire (formerly Section 3)

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

USCIS
Form I-9
Supplement B
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

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 replaces Section 3 on the previous version of Form I-9. Only use this page if your employee requires reverification, is rehired within three years of the date the original Form I-9 was completed, or provides proof of a legal name change. Enter the employee's name in the fields above. Use a new section for each reverification or rehire. Review the Form I-9 instructions before completing this page. Keep this page as part of the employee's Form I-9 record. Additional guidance can be found in the [Handbook for Employers: Guidance for Completing Form I-9 \(M-274\)](#)

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial

Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.

Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
----------------	--------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.

Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
---	--	------------------------------------

Additional Information (Initial and date each notation.)

Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial

Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.

Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
----------------	--------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.

Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
---	--	------------------------------------

Additional Information (Initial and date each notation.)

Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Date of Rehire (<i>if applicable</i>)	New Name (<i>if applicable</i>)		
Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial

Reverification: If the employee requires reverification, your employee can choose to present any acceptable List A or List C documentation to show continued employment authorization. Enter the document information in the spaces below.

Document Title	Document Number (if any)	Expiration Date (if any) (<i>mm/dd/yyyy</i>)
----------------	--------------------------	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, this employee is authorized to work in the United States, and if the employee presented documentation, the documentation I examined appears to be genuine and to relate to the individual who presented it.

Name of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative	Today's Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)
---	--	------------------------------------

Additional Information (Initial and date each notation.)

Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.

Заполните Форму W-4, чтобы ваш работодатель мог удержать с вашей заработной платы соответствующий федеральный подоходный налог.
Предоставьте Форму W-4 своему работодателю.
Ваши удержания подлежат проверке Налоговым управлением США (IRS).

2024

Шаг 1: Введите личные данные	(a) Имя и средний инициал	Фамилия	(b) Номер социального обеспечения
	Адрес		Совпадает ли ваше имя с именем на вашей карте социального обеспечения? Если нет, свяжитесь с SSA (Управление социального обеспечения) по телефону 800-772-1213 или зайдите на сайт www.ssa.gov , чтобы убедиться, что вам зачтут ваши доходы.
	Город или населенный пункт, штат и почтовый индекс		
(c) <input type="checkbox"/> Не состоящий в браке или состоящий в браке и подающий налоговую декларацию отдельно <input type="checkbox"/> Супруги, подающие совместную налоговую декларацию, или отвечающая(ий) установленным требованиям вдова(ец) <input type="checkbox"/> Основной кормилец (Отметьте, только если вы не состоите в браке и оплачиваете более половины расходов на содержание дома за себя и соответствующее требованиям лицо.)			

Выполните шаги 2-4, ТОЛЬКО если они относятся к вам; в противном случае перейдите к шагу 5. Более подробную информацию о каждом шаге, о том, кто может претендовать на освобождение от удержаний, и о том, когда использовать программу расчета на сайте www.irs.gov/W4App, см. на стр. 2.

Шаг 2: Работа по совместительству или работа супруга

Выполните этот шаг, если вы (1) имеете несколько мест работы одновременно, или (2) состоите в браке и подаете совместную налоговую декларацию, и ваш супруг также работает. Реальный размер удержаний зависит от дохода, полученного на всех этих работах.

Выполните **только одно** из следующих действий.

(a) Для наиболее точного удержания на этом шаге (и шагах 3-4) используйте программу расчета на сайте www.irs.gov/W4App. Если вы или ваш супруг/супруга имеете доход от индивидуальной трудовой деятельности, используйте именно этот вариант; **или**

(b) Используйте Рабочий лист для лиц, имеющих несколько рабочих мест, на странице 3 и введите результат в Шаг 4(c) для более точного удержания; **или**

(c) Если в общей сложности имеется только два места работы, вы можете поставить здесь галочку. Сделайте то же самое в Форме W-4 для другого места работы. Этот вариант обычно более точен, чем вариант (b), если оплата труда на низкооплачиваемой работе составляет более половины оплаты труда на высокооплачиваемой работе. В противном случае, более точным является вариант (b).

Выполните шаги 3-4(b) в Форме W-4 только для **ОДНОЙ** из этих работ. Оставьте эти графы пустыми для других рабочих мест. (Ваши удержания будут наиболее точными, если вы заполните шаги 3-4(b) в Форме W-4 для самой высокооплачиваемой работы.)

Шаг 3: Включите зачеты за детей и иждивенцев	Если ваш общий доход составит 200 000 долларов США или меньше (400 000 долларов или меньше, если вы состоите в браке и подаете совместную налоговую декларацию):		
	Умножьте количество дающих право на зачет детей в возрасте до 17 лет на 2 000 долларов _____ Умножьте количество других иждивенцев на 500 долларов _____ Прибавьте указанные выше значения. Вы можете добавить к полученному результату сумму любых других зачетов. Введите итоговую сумму здесь _____	3	
Шаг 4 (по желанию): Другие корректировки	(a) Прочие доходы (не от работы). Если вы хотите, чтобы налог удерживался и с иного дохода, который вы ожидаете получить в этом году, но из которого налог не будет удерживаться автоматически , введите здесь сумму этого дохода. Сюда могут входить проценты, дивиденды и пенсионный доход _____	4(a)	
	(b) Вычеты. Если вы планируете востребовать вычеты, отличные от стандартного, и хотите уменьшить размер удержания, воспользуйтесь Рабочей таблицей вычетов на странице 3 и введите результат здесь _____	4(b)	
	(c) Дополнительные удержания. Введите любую дополнительную сумму налога, которую вы желаете удерживать каждый период выплаты заработной платы _____	4(c)	

Шаг 5: Подпишите здесь

Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что данное свидетельство, в соответствии со степенью осведомленности и уровнем профессиональных знаний, является верным, правильным и полным.

_____ **Подпись работника** (Эта форма не действительна, если вы ее не подпишете.) _____ **Дата**

Только для работодателей	Имя и адрес работодателя	Первая дата приема на работу	Идентификационный номер работодателя (EIN)
---------------------------------	--------------------------	------------------------------	--

Общие инструкции

Ссылки на разделы относятся к Налоговому кодексу.

Будущее развитие событий

Для получения актуальной информации об изменениях, связанных с Формой W-4, например, о законодательстве, принятом после ее публикации, посетите сайт www.irs.gov/FormW4Ru.

Назначение формы

Заполните Форму W-4, чтобы ваш работодатель мог удержать из вашей заработной платы соответствующий федеральный подоходный налог. Если удержана меньшая сумма, то при подаче налоговой декларации вы, как правило, будете должны заплатить налог и, возможно, штраф. Если удержано слишком много, вам, как правило, полагается возврат. Заполните новую Форму W-4, если изменения в вашей личной или финансовой ситуации приведут к изменению записей в форме. Для получения дополнительной информации об удержании и о том, когда вы должны представить новую Форму W-4, см. Публикацию № 505 "Удержание налогов и расчетный налог".

Освобождение от удержаний. Вы можете претендовать на освобождение от удержания на 2024 год, если вы отвечаете следующим условиям: у вас не было обязательств по федеральному подоходному налогу в 2023 году, и вы ожидаете, что у вас не будет обязательств по федеральному подоходному налогу в 2024 году. У вас не было обязательств по федеральному подоходному налогу в 2023 году, если (1) ваш общий налог по графе 24 в Форме 1040 или 1040-SR за 2023 год равен нулю (или меньше суммы граф 27, 28 и 29), или (2) вы не обязаны подавать декларацию, поскольку ваш доход был ниже порога подачи декларации для вашего надлежащего статуса подачи декларации. Если вы заявите об освобождении от уплаты налога, с вашей зарплаты не будет удержан подоходный налог, и при подаче налоговой декларации за 2024 год возможно возникновение задолженности по налогам и штрафам. Для того, чтобы заявить об освобождении от удержания, подтвердите, что вы соответствуете обоим вышеуказанным условиям, написав "Exempt" ("Освобожден") в Форме W-4 в месте, расположенном ниже Шага 4(с). Затем выполните шаги 1(а), 1(б) и 5. Не выполняйте другие шаги. Новую Форму W-4 нужно будет подать до 15 февраля 2025 года.

Конфиденциальность. Шаги 2(с) and 4(а) запрашивают информацию о доходе, полученном из источников, отличных от работы, связанной с данной Формой W-4. Если у вас есть опасения по поводу Шага 2(с), вы можете выбрать Шаг 2(б); если у вас есть опасения по поводу Шага 4(а), вы можете ввести дополнительную сумму, которую вы хотите удерживать за каждый платежный период в Шаге 4(с).

Когда следует использовать программу расчета. Рассмотрите возможность использования программы расчета на сайте www.irs.gov/W4App, если вы:

1. Ожидаете, что будете работать только часть года;
2. Получаете дивиденды, прибыль от продажи капитальных активов, выплаты из фонда социального обеспечения, премии или доход от предпринимательской деятельности либо облагаетесь дополнительным налогом в фонд программы «Медикер» или налогом на чистый инвестиционный доход; или
3. Предпочитаете наиболее точное удержание для ситуаций трудоустройства на нескольких рабочих местах.

Самостоятельная занятость. Как правило, вы должны платить и подоходный налог, и налог, взимаемый с лиц, работающих на себя, на любой доход от самостоятельной занятости, получаемый в дополнение к вашей зарплате наемного работника. Если вы хотите платить эти налоги путем удержания из вашей зарплаты, воспользуйтесь программой расчета на сайте www.irs.gov/W4App для определения необходимой суммы удержания.

Временно проживающий в США иностранец. Если вы являетесь временно проживающим в США иностранцем, перед заполнением данной формы ознакомьтесь с Уведомлением 1392 "Дополнительные инструкции к Форме W-4 для временно проживающих в США иностранцев".

Особые инструкции

Шаг 1(с). Проверьте свой предполагаемый статус налогоплательщика. Это определит стандартный вычет и налоговые ставки, используемые для расчета удержаний.

Шаг 2. Используйте этот шаг, если вы (1) имеете несколько мест работы одновременно, или (2) состоите в браке, подаете декларацию совместно, и вы и ваш супруг оба работаете.

Вариант (а) наиболее точно рассчитывает дополнительный налог, который необходимо удержать, в то время как вариант (б) является чуть менее точным.

Если у вас (и вашего супруга) в общей сложности только два места работы, вы можете вместо этого поставить галочку в варианте (с). Эта графа также должна быть отмечена в Форме W-4 для другого места работы. Если галочка поставлена, то для расчета удержаний стандартный вычет и налоговые категории будут уменьшены вдвое для каждого места работы. Этот вариант приблизительно верен для работ с одинаковой оплатой труда; в противном случае может быть удержано больше налога, чем необходимо, и эта дополнительная сумма будет тем больше, чем больше разница между доходами от этих двух мест работы.



Несколько рабочих мест. Заполните шаги с 3 по 4(б) только на одной Форме W-4. Удержания будут наиболее точными, если вы выполните это в Форме W-4 для самой высокооплачиваемой работы.

Шаг 3. Этот шаг содержит инструкции по определению суммы налогового зачета, выплачиваемого за ребенка и за других иждивенцев, на который вы можете претендовать при подаче налоговой декларации. Для получения налогового зачета, выплачиваемого за ребенка, ребенок должен быть младше 17 лет по состоянию на 31 декабря, должен быть вашим иждивенцем, который обычно проживает с вами более половины года, и должен иметь требуемый номер социального обеспечения. Вы можете претендовать на востребование зачета за других иждивенцев, за которых не может быть востребован налоговый зачет, выплачиваемый за ребенка, например, на старшего ребенка или родственника, отвечающего установленным требованиям. Для информации о дополнительных требованиях к получению этих зачетов, см. Публикацию № 501 "Иждивенцы, стандартный вычет и информация о подаче декларации". Вы также можете включить в этот шаг **другие налоговые зачеты**, например, зачеты за расходы на образование и зачет за выплату налогов иностранному государству. Для этого добавьте приблизительную сумму за год к вашим зачетам на иждивенцев и введите общую сумму в Шаге 3. Включение этих зачетов увеличит вашу зарплату и уменьшит сумму возврата, который вы можете получить при подаче налоговой декларации.

Шаг 4 (по желанию).

Шаг 4(а). Введите на этом шаге общую сумму других предполагаемых доходов за год, если таковые имеются. Вам не следует включать доходы от любой работы или самозанятости. Если вы выполните шаг 4(а), вам, скорее всего, не придется вносить расчетные налоговые платежи по этому доходу. Если вы предпочитаете платить расчетный налог, а не удерживать налог на другие доходы из вашей зарплаты, смотрите Форму 1040-ES "Расчетный налог для физических лиц".

Шаг 4(б). Введите на этом шаге сумму из графы 5 Рабочего листа вычетов, если вы ожидаете заявить вычеты, отличные от базового стандартного вычета, в вашей налоговой декларации 2023 года и хотите уменьшить размер удержания для учета этих вычетов. Сюда входят как постатейные вычеты, так и другие вычеты, такие как проценты по ссуде на обучение и взносы в IRA (индивидуальные пенсионные счета).

Шаг 4(с). Введите на этом шаге все дополнительные налоги, которые вы хотите удерживать из своей зарплаты каждый период выдачи заработной платы, включая любые суммы из строки 4 Рабочего листа при наличии нескольких рабочих мест. При введении здесь суммы вы уменьшите свою зарплату и либо увеличите сумму возврата, либо уменьшите сумму налога, который вы должны заплатить.

Шаг 2(b)—Рабочий лист при наличии нескольких рабочих мест (сохраните для своих записей.)



Если вы выбрали вариант в шаге 2(b) в Форме W-4, заполните этот рабочий лист (в котором рассчитывается общая сумма дополнительного налога для всех рабочих мест) **только** в **ОДНОЙ** Форме W-4. Удержание будет наиболее точным, если вы заполните рабочий лист и внесете результат в Форму W-4 для самой высокооплачиваемой работы. Для точности, подайте новую Форму W-4 для всех остальных мест работы, если вы не обновляли данные об удержаниях с 2019 года.

Примечание: Если годовая заработная плата более чем на одном рабочем месте превышает 120 000 долларов, или имеется более трех рабочих мест, см. Публикацию № 505, где приведены дополнительные таблицы; или вы можете воспользоваться программой расчета на сайте www.irs.gov/W4App.

- 1 **Два места работы.** Если у вас две работы, или вы состоите в браке и подаете совместную налоговую декларацию, и у каждого из супругов есть одна работа, найдите сумму из соответствующей таблицы на странице 4. Используя строку "Более высокооплачиваемая работа" и столбец "Более низкооплачиваемая работа", найдите значение на пересечении двух зарплат семьи и внесите это значение в строку 1. Затем **перейдите** к строке 3 **1** _____
- 2 **Три места работы.** Если вы и/или ваш супруг/супруга имеете три работы одновременно, заполните строки 2a, 2b и 2c ниже. В противном случае перейдите к строке 3.
 - a Найдите сумму из соответствующей таблицы на странице 4, используя годовую зарплату на самой высокооплачиваемой работе в строке "Более высокооплачиваемая работа" и годовую зарплату на следующей высокооплачиваемой работе в колонке "Более низкооплачиваемая работа". Найдите значение на пересечении двух зарплат семьи и внесите это значение в строку 2a **2a** _____
 - b Сложите годовые зарплаты двух самых высокооплачиваемых работ из строки 2a вместе и используйте полученную сумму в качестве зарплаты в строке "Более высокооплачиваемая работа" и используйте годовую зарплату для вашей третьей работы в колонке "Более низкооплачиваемая работа", чтобы найти сумму из соответствующей таблицы на странице 4 и ввести эту сумму в строку 2b **2b** _____
 - c Сложите суммы из строк 2a и 2b и внесите результат в строку 2c **2c** _____
- 3 Введите количество периодов оплаты в год для самой высокооплачиваемой работы. Например, если эта работа оплачивается еженедельно, введите 52; если раз в две недели, введите 26; если ежемесячно, введите 12 и т.д. **3** _____
- 4 **Разделите** годовую сумму по строке 1 или строке 2c на количество периодов оплаты по строке 3. Укажите эту сумму здесь и в **шаге 4(c)** Формы W-4 для самой высокооплачиваемой работы (вместе с любой другой дополнительной суммой, которую вы хотите удержать) **4** _____

Шаг 4(b)—Рабочий лист вычетов (сохраните для своих записей.)



- 1 Введите расчетную сумму ваших постатейных вычетов за 2024 год (из Приложения А (Форма 1040)). Такие вычеты могут включать проценты по ипотечному кредиту, благотворительные взносы, штатные и местные налоги (до 10 000 долларов) и медицинские расходы, превышающие 7,5% от вашего дохода **1** _____
- 2 Введите:

}	• 29 200 долларов, если вы состоите в браке и подаете совместную налоговую декларацию или являетесь вдовой (цом), отвечающим основным требованиям	}	2	_____
	• 21 900 долларов, если вы являетесь основным кормильцем				
	• 14 600 долларов, если вы являетесь лицом, не состоящим в браке, или состоящим в браке и подающим налоговую декларацию отдельно				
- 3 Если строка 1 больше строки 2, вычтите строку 2 из строки 1 и укажите результат здесь. Если строка 2 больше строки 1, введите "-0-" **3** _____
- 4 Введите приблизительную сумму процентов по ссуде на обучение, вычитаемых взносов IRA (индивидуальный пенсионный счет) и некоторых других корректировок (из Части II Приложения 1 (Форма 1040)). См. Публикацию № 505 для получения дополнительной информации **4** _____
- 5 **Добавьте** строки 3 и 4. Введите результат здесь и в **шаге 4(b)** Формы W-4 **5** _____

Уведомление о Законе о конфиденциальности и Законе о сокращении бумажного документооборота. Мы запрашиваем информацию, содержащуюся в этой форме, для выполнения налогового законодательства США. Разделы 3402(е)(2) и 6109 Налогового кодекса и соответствующие нормативные акты требуют от вас предоставления этой информации; ваш работодатель использует ее для определения размера удержания федерального подоходного налога. В случае непредставления правильно заполненной формы вы будете рассматриваться как лицо, не состоящее в браке и не имеющее других записей в форме; предоставление ложной информации может повлечь за собой штрафные санкции. Обычное использование этой информации включает предоставление ее Министерству юстиции для участия в гражданских и уголовных процессах; городам, штатам, округу Колумбия, содружествам и территориям США для использования в управлении их налоговым законодательством; а также Министерству здравоохранения и социальных служб для использования в Национальном справочнике новых сотрудников. Мы также можем раскрывать эту информацию другим странам в соответствии с налоговым соглашением, федеральным органам и органам штатов для обеспечения соблюдения

федерального неналогового уголовного законодательства или федеральным правоохранительным и разведывательным органам для борьбы с терроризмом.

Вы не обязаны предоставлять информацию, запрашиваемую в форме, которая относится к Закону о сокращении бумажного документооборота, если на форме не указан действительный контрольный номер OMB. Бухгалтерские книги или документация, относящиеся к форме или ее инструкциям, должны храниться до тех пор, пока их содержание может оказаться существенным фактором при применении любого положения налогового законодательства. Как правило, налоговые декларации и информация о них являются конфиденциальными, как того требует раздел 6103 Кодекса.

Среднее время и расходы, необходимые для заполнения и подачи данной формы, зависят от индивидуальных обстоятельств. Для получения среднестатистических показателей см. инструкции к вашей декларации о доходах.

Если у вас есть предложения по упрощению этой формы, мы будем рады их выслушать. См. инструкции к вашей декларации о доходах.

Супруги, подающие совместную налоговую декларацию, или отвечающая установленным требованиям вдова(ец)

Ежегодная налогооблагаемая заработная плата и оклад на более высокооплачиваемой работе	Ежегодная налогооблагаемая заработная плата и оклад на более низкооплачиваемой работе											
	\$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	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 и выше	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Не состоящий в браке или состоящий в браке и подающий налоговую декларацию отдельно

Ежегодная налогооблагаемая заработная плата и оклад на более высокооплачиваемой работе	Ежегодная налогооблагаемая заработная плата и оклад на более низкооплачиваемой работе											
	\$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	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 и выше	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Основной кормилец

Ежегодная налогооблагаемая заработная плата и оклад на более высокооплачиваемой работе	Ежегодная налогооблагаемая заработная плата и оклад на более низкооплачиваемой работе											
	\$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	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 и выше	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230

Employee's Withholding Allowance Certificate

Complete this form so that your employer can withhold the correct California state income tax from your paycheck.

Enter Personal Information	
First, Middle, Last Name	Social Security Number
Address	Filing Status
City State ZIP Code	<input type="checkbox"/> Single or Married (with two or more incomes) <input type="checkbox"/> Married (one income) <input type="checkbox"/> Head of Household

1. Use Worksheet A for Regular Withholding allowances. Use other worksheets on the following pages as applicable.
 - 1a. Number of Regular Withholding Allowances (**Worksheet A**) _____
 - 1b. Number of allowances from the Estimated Deductions (**Worksheet B**, if applicable.) _____
 - 1c. Total Number of Allowances you are claiming _____
2. Additional amount, if any, you want withheld each pay period (if employer agrees), (**Worksheet C**) _____
OR _____

Exemption from Withholding

3. I claim exemption from withholding for 2024, and I certify I meet both of the conditions for exemption. (Check box here)
OR
4. I certify under penalty of perjury that I am **not subject** to California withholding. I meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Check box here)

Under the penalties of perjury, I certify that the number of withholding allowances claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled or, if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status.

Employee's Signature _____ Date _____

Employer's Section: Employer's Name and Address	California Employer Payroll Tax Account Number

Purpose: The *Employee's Withholding Allowance Certificate* (DE 4) is for **California Personal Income Tax (PIT)** withholding purposes only. The DE 4 is used to compute the amount of taxes to be withheld from your wages, by your employer, to accurately reflect your state tax withholding obligation.

Beginning January 1, 2020, *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4) from the Internal Revenue Service (IRS) will be used for federal income tax withholding **only**. You must file the state form DE 4 to determine the appropriate California PIT withholding.

If you do not provide your employer with a DE 4, the employer must use Single with Zero withholding allowance.

Check Your Withholding: After your DE 4 takes effect, compare the state income tax withheld with your estimated total annual tax. For state withholding, use the worksheets on this form.

Exemption From Withholding: If you wish to claim exempt, complete the federal Form W-4 and the state DE 4. You may claim exempt from withholding California income tax if you meet both of the following conditions for exemption:

1. You did not owe any federal/state income tax last year, and
2. You do not expect to owe any federal/state income tax this year. The exemption is good for one year.

If you continue to qualify for the exempt filing status, a new DE 4 designating **exempt** must be submitted by February 15 each year to continue your exemption. If you are not having federal/state income tax withheld this year but expect to have a tax liability next year, you are required to give your employer a new DE 4 by December 1.

Member Service Civil Relief Act: Under this act, as provided by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018, you may be exempt from California income tax withholding on your wages if

- (i) Your spouse is a member of the armed forces present in California in compliance with military orders;
- (ii) You are present in California solely to be with your spouse; and
- (iii) You maintain your domicile in another state.

If you claim exemption under **this** act, **check the box on Line 4**. You may be required to provide proof of exemption upon request.

The *California Employer's Guide (DE 44)* (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) provides the income tax withholding tables. This publication may be found by visiting Payroll Taxes - Forms and Publications (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). To assist you in calculating your tax liability, please visit the Franchise Tax Board (FTB) (ftb.ca.gov).

If you need information on your last *California Resident Income Tax Return (FTB Form 540)*, visit the FTB (ftb.ca.gov).

Notification: The burden of proof rests with the employee to show the correct California income tax withholding. Pursuant to section 4340-1(e) of Title 22, California Code of Regulations (CCR) (govt.westlaw.com/calregs/Search/Index), the FTB or the EDD may, by special direction in writing, require an employer to submit a Form W-4 or DE 4 when such forms are necessary for the administration of the withholding tax programs.

Penalty: You may be fined \$500 if you file, with no reasonable basis, a DE 4 that results in less tax being withheld than is properly allowable. In addition, criminal penalties apply for willfully supplying false or fraudulent information or failing to supply information requiring an increase in withholding. This is provided by section 13101 of the California Unemployment Insurance Code (leginfo.ca.gov/faces/codes.xhtml) and section 19176 of the Revenue and Taxation Code (leginfo.ca.gov/faces/codes.xhtml).

Worksheets

Instructions — 1 — Allowances*

When determining your withholding allowances, you must consider your personal situation:

- Do you claim allowances for dependents or blindness?
- Will you itemize your deductions?
- Do you have more than one income coming into the household?

Two-Earners/Multiple Incomes: When earnings are derived from more than one source, under-withholding may occur. If you have a working spouse or more than one job, it is best to check the box "SINGLE or MARRIED (with two or more incomes)." Figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using only one DE 4 form. Claim allowances with **one** employer.

Do **not** claim the same allowances with more than one employer. Your withholding will usually be most accurate when all allowances are claimed on the DE 4 filed for the highest paying job and zero allowances are claimed for the others.

Married But Not Living With Your Spouse: You may check the "Head of Household" marital status box if you meet all of the following tests:

- (1) Your spouse will not live with you **at any time** during the year;
- (2) You will furnish over half of the cost of maintaining a home for the entire year for yourself and your child or stepchild who qualifies as your dependent; **and**
- (3) You will file a separate return for the year.

Head of Household: To qualify, you must be unmarried or legally separated from your spouse and pay more than 50% of the costs of maintaining a home for the **entire** year for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. Cost of maintaining the home includes such items as rent, property insurance, property taxes, mortgage interest, repairs, utilities, and cost of food. It does not include the individual's personal expenses or any amount which represents value of services performed by a member of the household of the taxpayer.

Worksheet A

Regular Withholding Allowances

- | | |
|--|-----------|
| (A) Allowance for yourself — enter 1 | (A) _____ |
| (B) Allowance for your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (B) _____ |
| (C) Allowance for blindness — yourself — enter 1 | (C) _____ |
| (D) Allowance for blindness — your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (D) _____ |
| (E) Allowance(s) for dependent(s) — do not include yourself or your spouse | (E) _____ |
| (F) Total — add lines (A) through (E) above and enter on line 1a of the DE 4 | (F) _____ |

Instructions — 2 — (Optional) Additional Withholding Allowances

If you expect to itemize deductions on your California income tax return, you can claim additional withholding allowances. Use Worksheet B to determine whether your expected estimated deductions may entitle you to claim **one or more additional** withholding allowances. Use last year's FTB Form 540 as a model to calculate this year's withholding amounts.

Do not include deferred compensation, qualified pension payments, or flexible benefits, etc., that are deducted from your gross pay but are not taxed on this worksheet.

You may reduce the amount of tax withheld from your wages by claiming one additional withholding allowance for each \$1,000, or fraction of \$1,000, by which you expect your estimated deductions for the year to exceed your allowable standard deduction.

Worksheet B

Estimated Deductions

Use this worksheet **only** if you plan to itemize deductions, claim certain adjustments to income, or have a large amount of nonwage income not subject to withholding.

- | | |
|--|------------|
| 1. Enter an estimate of your itemized deductions for California taxes for this tax year as listed in the schedules in the FTB Form 540 | 1. _____ |
| 2. Enter \$10,726 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$5,363 if single or married filing separately, dual income married, or married with multiple employers | – 2. _____ |
| 3. Subtract line 2 from line 1, enter difference | = 3. _____ |
| 4. Enter an estimate of your adjustments to income (alimony payments, IRA deposits) | + 4. _____ |
| 5. Add line 4 to line 3, enter sum | = 5. _____ |
| 6. Enter an estimate of your nonwage income (dividends, interest income, alimony receipts) | – 6. _____ |
| 7. If line 5 is greater than line 6 (if less, see below [go to line 9]); Subtract line 6 from line 5, enter difference | = 7. _____ |
| 8. Divide the amount on line 7 by \$1,000, round any fraction to the nearest whole number enter this number on line 1b of the DE 4. Complete Worksheet C, if needed, otherwise stop here . | 8. _____ |
| 9. If line 6 is greater than line 5; Enter amount from line 6 (nonwage income) | 9. _____ |
| 10. Enter amount from line 5 (deductions) | 10. _____ |
| 11. Subtract line 10 from line 9, enter difference. Then, complete Worksheet C. | 11. _____ |

*Wages paid to registered domestic partners will be treated the same for state income tax purposes as wages paid to spouses for California PIT withholding and PIT wages. This law does not impact federal income tax law. A registered domestic partner means an individual partner in a domestic partner relationship within the meaning of section 297 of the Family Code. For more information, please call our Taxpayer Assistance Center at 1-888-745-3886.

Worksheet C

Additional Tax Withholding and Estimated Tax

1. Enter estimate of total wages for tax year 2024. 1. _____
2. Enter estimate of nonwage income (line 6 of Worksheet B). 2. _____
3. Add line 1 and line 2. Enter sum. 3. _____
4. Enter itemized deductions or standard deduction (line 1 or 2 of Worksheet B, whichever is largest). 4. _____
5. Enter adjustments to income (line 4 of Worksheet B). 5. _____
6. Add line 4 and line 5. Enter sum. 6. _____
7. Subtract line 6 from line 3. Enter difference. 7. _____
8. Figure your tax liability for the amount on line 7 by using the 2024 tax rate schedules below. 8. _____
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$158.40). 9. _____
10. Subtract line 9 from line 8. Enter difference. 10. _____
11. Enter any tax credits. (See FTB Form 540). 11. _____
12. Subtract line 11 from line 10. Enter difference. This is your total tax liability. 12. _____
13. Calculate the tax withheld and estimated to be withheld during 2024. Contact your employer to request the amount that will be withheld on your wages based on the marital status and number of withholding allowances you will claim for 2024. Multiply the estimated amount to be withheld by the number of pay periods left in the year. Add the total to the amount already withheld for 2024. 13. _____
14. Subtract line 13 from line 12. Enter difference. If this is less than zero, you do not need to have additional taxes withheld. 14. _____
15. Divide line 14 by the number of pay periods remaining in the year. Enter this figure on line 2 of the DE 4. 15. _____

Note: Your employer is not required to withhold the additional amount requested on line 2 of your DE 4. If your employer does not agree to withhold the additional amount, you may increase your withholdings as much as possible by using the "single" status with "zero" allowances. If the amount withheld still results in an underpayment of state income taxes, you may need to file quarterly estimates on Form 540-ES with the FTB to avoid a penalty.

These Tables Are for Calculating Worksheet C and for 2024 Only

**Single Persons, Dual Income Married
or Married With Multiple Employers**

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...	PLUS	
\$0	\$10,412	1.100%	\$0	\$0.00
\$10,412	\$24,684	2.200%	\$10,412	\$114.53
\$24,684	\$38,959	4.400%	\$24,684	\$428.51
\$38,959	\$54,081	6.600%	\$38,959	\$1,056.61
\$54,081	\$68,350	8.800%	\$54,081	\$2,054.66
\$68,350	\$349,137	10.230%	\$68,350	\$3,310.33
\$349,137	\$418,961	11.330%	\$349,137	\$32,034.84
\$418,961	\$698,271	12.430%	\$418,961	\$39,945.90
\$698,271	\$1,000,000	13.530%	\$698,271	\$74,664.13
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$115,488.06

Married Persons

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...	PLUS	
\$0	\$20,824	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,824	\$49,368	2.200%	\$20,824	\$229.06
\$49,368	\$77,918	4.400%	\$49,368	\$857.03
\$77,918	\$108,162	6.600%	\$77,918	\$2,113.23
\$108,162	\$136,700	8.800%	\$108,162	\$4,109.33
\$136,700	\$698,274	10.230%	\$136,700	\$6,620.67
\$698,274	\$837,922	11.330%	\$698,274	\$64,069.69
\$837,922	\$1,000,000	12.430%	\$837,922	\$79,891.81
\$1,000,000	\$1,396,542	13.530%	\$1,000,000	\$100,038.11
\$1,396,542	and over	14.630%	\$1,396,542	\$153,690.24

Unmarried/Head of Household

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...	PLUS	
\$0	\$20,839	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,839	\$49,371	2.200%	\$20,839	\$229.23
\$49,371	\$63,644	4.400%	\$49,371	\$856.93
\$63,644	\$78,765	6.600%	\$63,644	\$1,484.94
\$78,765	\$93,037	8.800%	\$78,765	\$2,482.93
\$93,037	\$474,824	10.230%	\$93,037	\$3,738.87
\$474,824	\$569,790	11.330%	\$474,824	\$42,795.68
\$569,790	\$949,649	12.430%	\$569,790	\$53,555.33
\$949,649	\$1,000,000	13.530%	\$949,649	\$100,771.80
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$107,584.29

If you need information on your last California Resident Income Tax Return, FTB Form 540, visit [FTB](https://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

The DE 4 information is collected for purposes of administering the PIT law and under the authority of Title 22, CCR, section 4340-1, and the California Revenue and Taxation Code, including section 18624. The Information Practices Act of 1977 requires that individuals be notified of how information they provide may be used. Further information is contained in the instructions that came with your last California resident income tax return.