

If you are a returning IHSS provider, please contact the San Francisco Independent Provider Assistance Center (IPAC) at 415-557-6200 or ihsspaymentunits@sfgov.org before moving on with the following steps.

1



REGISTER ONLINE

- ☐ Go to: sfipenroll.org or www.sfhsa.org/ihssprovider
 - ☐ Register*
 - ☐ Watch videos
 - ☐ Electronically Sign SOC 426 & SOC 846
 - ☐ Schedule an orientation appointment

*IMPORTANT: Write down your user name, password, and security question answers.
They are case sensitive and you will need them to watch the videos.

2



PREPARE DOCUMENTS FOR ORIENTATION

- ☐ Active Email Address with password
- ☐ Valid State or U.S. government issued photo ID**
- ☐ Original Social Security Card**
- ☐ A work authorization (Required only if your Social Security card states "Valid for work only with DHS or INS authorization")
- ☐ Complete "Recipient Designation of Provider" form (SOC 426A) with your IHSS recipient.*** To request a form, call 415-557-6200 or visit www.sfhsa.org

**Name on the ID and Social Security card must match; photocopies are not accepted.

***If you are in need of a recipient and want to be placed on the Provider Registry List, please contact the San Francisco Public Authority at 415-243-4477

3



ATTEND ORIENTATION AT 77 OTIS STREET (prepare to stay for 1 – 2 hours)

- ☐ Bring documents listed above in Step 2
- ☐ Arrive 15 minutes prior to the appointment time
- ☐ Receive LiveScan form for fingerprints

4



BACKGROUND CHECK

- ☐ Take LiveScan form to a vendor to complete background check
- ☐ Keep copy of LiveScan form and payment receipt*

*The result of the background check will be automatically send to IHSS

5

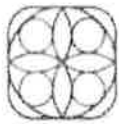


TIMESHEETS - once your background check has cleared (can take up to six weeks) that means you are now a paid care provider!

- ☐ To receive payment, sign-up for electronic timesheets at www.etimesheets.ihss.ca.gov

?

Need help or have questions? : 415-557-6200 or ihsspaymentunits@sfgov.org



Bank on San Francisco Program

www.bankonsf.org (Assistance to get a bank account)

IHSS Public Authority (San Francisco)

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

(415)-243-4477 or www.sfihsspa.org

Provider Health Benefits Call: 415-593-8125

HomeBridge

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

415-255-2079 or www.homebridgeca.org

ELECTRONIC TIMESHEETS <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>

For help, please call the Electronic Timesheet Help Desk: 1-866-376-7066

Independent Provider Union SEIU 2015

Local office: 1645 California Street, San Francisco, CA 94109

1-855-810-2015

Tax Related Information

See a Tax professional for assistance with completing Tax forms.

The Following Forms are available at 2 Gough as needed:

- For Federal Tax Withholdings complete form W4.
- For CA State Tax Withholdings complete form DE-4.
- For Live in Providers only:
 - Form SOC2298 for Federal/State wage exclusion
 - (Self-Certification as Live in Provider) Form SOC 2299 for Cancellation

Mandated Reporting of Abuse:

For Adults: 415-355-6700 or For Children: 800-856-5533

To report MEDI-CAL Fraud: 1-888-717-3202 or www.dhcs.ca.gov

To report Fraud to the SF Human Services Agency: 415-557-5771

전자 방문 확인 - 제공자 개요

전자 서비스 포털 (ESP)

ESP 등록 방법:

- ESP 웹사이트에 접속하십시오: www.etimesheets.ihss.ca.gov.
- "Register Here," 를 선택하고 다음 단계를 따르십시오.
- 이름, 생년월일, 9 자릿수 제공자 번호, 및 소셜시큐리티 번호 마지막 4 자릿수를 입력하십시오.
- 사용자 이름과 비밀번호를 만들고 이메일 주소를 입력하십시오.

사용자 이름: _____ 비밀번호: _____

주의: 사용자 이름과 비밀번호 또는 보안 질문에 대한 답을 다른 사람과 절대로 공유해선 안됩니다.

- 3 가지 보안 질문을 선택하여 답을 입력하십시오. 이러한 질문에 대한 답은 당신이 기억할 수 있는 것이어야 합니다. 일단 등록 단계를 마치면, 등록을 완료할 수 있는 보안 링크가 포함된 이메일을 받게 될 것입니다. 이메일에 있는 링크는 단기간 동안 유효합니다. ESP 를 사용할 수 있도록 이메일에 있는 링크를 클릭해야 합니다. 링크가 만료되면 다시 등록해야 합니다.
- 등록이 된 후에는, 근무 시간표를 매우 쉽게 제출할 수 있을 것입니다.

주의: 도움이 필요한 경우, IHSS 서비스 데스크에 (866) 376-7066 번으로 전화하십시오. 직원이 헬프 데스크에 월요일 - 금요일, 8am 에서 5pm 까지 상주합니다.

ESP 에서 근무 시간표를 제출하는 방법:

- 당신의 사용자 이름과 비밀번호를 사용하여 ESP 에 로그인하십시오.
- Timesheet Entry** 버튼을 클릭하십시오. 수혜자 목록이 나올것입니다.
- 시간을 청구하기 원하는 수혜자의 이름 옆에 있는 파란색 화살표를 클릭하십시오. 다수의 수혜자가 있다면, 당신이 일해주는 각 수혜자에 대해 별도의 근무 시간표를 제출해야 합니다.
- 드롭 다운 메뉴에서 당신이 시간을 청구하기 원하는 **Pay Period** 를 선택하십시오.
- 매주 근무한 주 옆에 있는 화살표를 선택하고 매일 근무한 시간을 확인하고 입력하십시오. 매일 근무한 시간 수, 시작 시간, 종료 시간 및 장소를 입력해야 합니다. 근무하지 않은 날은 빈칸으로 남겨두십시오. **Save** 를 클릭하십시오.
- 근무 시간표가 수혜자의 승인을 받을 준비가 되면 **Submit Timesheet** 버튼을 누르고 화면의 지시 사항을 따르십시오.

주의: **Submit Timesheet** 버튼을 누르기 전에 근무 시간표가 정확하게 작성 완료되었는지 확인하십시오. 승인을 위해 이를 제출한 후에는 근무 시간표를 변경할 수 없습니다.



전자 방문 확인 - 제공자 개요 전화 근무 시간표 시스템 (TTS)

TTS 등록 방법:

- TTS 의 경우 (833) DIAL-EVV 또는 (833) 342-5388 번으로 전화하십시오.
- 등록을 하려면 3 번을 누르십시오.
- 당신의 6 자릿수 등록 코드(당신에게 우송된), 9 자릿수 제공자 번호와 생년월일을 입력하십시오.

주의: 등록 코드가 없는 경우, 카운티 IHSS 사무소 또는 IHSS 서비스 데스크에 (866) 376-7066 번으로 전화하여 도움을 받으십시오. 직원이 월요일 - 금요일, 8am 에서 5pm 까지 헬프 데스크에 상주합니다.

- 전화번호판에 4 자릿수를 입력하여 비밀번호를 만드십시오.

비밀번호: _____

주의: 절대로 다른 사람과 당신의 비밀번호를 공유하지 마십시오.

TTS 로 근무 시간표를 제출하는 방법:

- TTS 에 (833) DIAL-EVV 또는 (833) 342-5388 번으로 전화하십시오.
- 9 자릿수 제공자 번호와 4 자릿수 비밀번호로 로그인하십시오.
- 일단 로그인을 한 후, 활동(Activity) 메뉴에서 오늘 시간을 입력하려면 1 번을 누르시고, 전날 시간을 입력하려면 2 번을 누르십시오.
- TTS 에 당신이 시간을 입력하라는 지시가 나타날 것입니다. 매일 근무한 시간 수, 시작 시간, 종료 시간 및 장소를 입력해야 합니다. 다수의 수혜자가 있다면, 당신이 일하는 각 수혜자에 대해 별도의 근무 시간표를 제출해야 합니다.

주의: TTS 에 시간을 입력하는 것이 온라인 포털을 사용하는 것보다 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 제공자들은 시간을 매일 입력하는 것이 좋습니다. 모든 시간을 입력하기 위해 급여 지불 기간이 끝날 때까지 기다리지 마십시오.

- 당신이 근무한 모든 날들에 대한 시간을 입력했으면, TTS 는 수혜자의 검토 및 승인을 위해 당신의 근무 시간표를 제출하기 원하는지 물어볼 것입니다. 수혜자의 승인을 위해 근무 시간표를 제출하기 전에 당신이 입력한 정보를 검토할 수 있습니다.
- 승인을 위해 제출하라는 지시를 따르십시오.
- 일단 근무 시간표를 제출하면, 당신에게 사본을 우송해 달라는 요청을 할 수 있습니다.

주의: Submit Timesheet 버튼을 누르기 전에 근무 시간표가 정확하게 작성 완료 되었는지 확인하십시오. 승인을 위해 이를 제출한 후에는 근무 시간표를 변경할 수 없습니다.



주의: 도움이 필요한 경우, IHSS 서비스 데스크에 (866) 376-7066 번으로 전화하십시오. 직원이 헬프 데스크에 월요일 - 금요일 8am 에서 5pm 까지 상주합니다.





Easy Planner - Guide to sign up for IHSS electronic timesheets

Electronic Services Portal (ESP)

For Providers and Recipients

Checklist:



- ☐ Prepare the following items:
 - My active email address: _____
 - My date of birth: ____ / ____ / ____
 - My Provider or Recipient number: _____
 - The last 4-digits of my Social Security number: _____

- ☐ Go to www.etimesheets.ihss.ca.gov using a computer or smartphone
- ☐ Sign-up by providing the information above; create username, password, and select security questions from website
 - Username: _____
 - Password: _____
 - Security questions and/or answers:
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____

- ☐ Check your email to confirm E-Timesheet registration
- ☐ Since my Provider/Recipient must also sign-up, I will:
 - Remind them to sign-up on (date): ____ / ____ / ____

- ◆ Check State website for instructions and updates
- ◆ Providers can set-up direct deposit in ESP

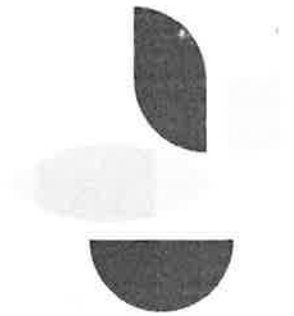
Telephone Timesheets System (TTS)

For Recipients and Providers, instead of ESP

Checklist:



- ☐ Before starting, I need:
 - My Provider or Recipient Number: _____
 - My date of birth: ____ / ____ / ____
 - My 6-digit State Registration Code: _____
- IF YOU DO NOT HAVE THE REGISTRATION CODE, CONTACT THE IHSS SERVICE DESK AT (866) 376-7066 FOR ASSISTANCE DURING BUSINESS HOURS.
- ☐ Call TTS at **(833) 342-5388** to sign-up
 - ☐ Enter the following into telephone dial pad:
 - Provider or Case Number, date of birth, Registration Code
 - 4-digit passcode of my choosing is: ____ / ____ / ____
 - ☐ Since my Recipient/Provider must also sign-up, I will:
 - Remind Recipient/Provider to enroll on ____ / ____ / ____
DATE
 - ◆ After both Recipient and Provider are enrolled in TTS and/or ESP, then
 - **Providers** can enter hours worked each day or for previous days by calling **(833) 342-5388** during business hours
 - **Recipients** will be called automatically by the TTS system after Provider submits timesheet via TTS or ESP or recipients can call TTS at **(833) 342-5388** during business hours to review, approve, or reject timesheets
 - ◆ Check State website for instructions and updates
 - ◆ Providers enrolled in TTS can request for a direct deposit form from the IHSS Service Desk at (866) 376-7066.



Get paid faster! Sign-up for direct deposit now!

State law requires that all In-Home Supportive Services (IHSS) providers sign up for direct deposit for each recipient by July 1, 2022.

Two simple steps to get direct deposit:

Step 1 Select payment method

Bank: You'll need your bank information: routing and account numbers.

OR

Pay Card: You'll need your pay card information: routing and account numbers. You may obtain a pay card from one of the state suggested pay card companies or at your local retailer.*

Step 2 Register

Online:

1. Log into your IHSS Electronic Services Portal
www.etimesheets.ihss.ca.gov
2. You must enroll in direct deposit for **each recipient**
3. Go to Financial tab > Direct Deposit Entry for **each recipient**

OR

Mail: Complete and mail the Provider Direct Deposit Form (SOC 829) enclosed for **each recipient**.

Address:

**Provider Forms Processing Center
P.O. Box 1697, West Sacramento, CA 95691-6697**

*On June 7, 2021, the State notified all IHSS Providers of this new direct deposit requirement with a letter that included a list of pay card companies.

Visit: **www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss-providers/resources/direct-deposit** for a copy of the letter and more information.

Need help?

Call: (866) 376-7066 or (415) 557-6200
Monday-Friday 8am-5pm



가내 지원 서비스(IHSS) 프로그램 수혜자 지정 제공자

설명서:

- 검은색 또는 파란색 잉크를 사용하십시오. 정보를 명확하게 적으십시오.
- 당신(또는 당신의 권한 대리인)은 당신의 승인된 서비스를 제공하도록 누구를 선택했는지 카운티에 알리는 이 양식의 A 부를 작성해야 합니다.
- 다수의 제공자가 있는 경우,당신에게 권한 대행 서비스를 제공해 줄 사람마다 각각 별도의 양식에 적어야 할 것입니다.
- 당신은 이 양식의 C 부에 있는 승인에 서명을 해야 합니다.
- 작성을 완료하고 서명한 이 양식을 카운티에 반송해 주십시오. 카운티에서 원본 양식을 보관하고 당신에게는 사본을 드릴 것입니다.

A 부. 수혜자의 제공자 지명

| | |
|------------------------------|---|
| 1. 수혜자의 이름: | |
| 2. 카운티 IHSS 케이스 #: | |
| 3. 제공자의 이름: | |
| 4. 제공자의 주소: | |
| 시, 주, 우편번호: | |
| 5. 제공자의 전화번호: | |
| 6. 제공자의 생년월일: | |
| 7. 제공자의 소셜시큐리티번호*: | |
| 8. 제공자의 성별 (네모칸에 체크) | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 |
| 9. 제공자와 수혜자와의 관계 (있을 경우): | <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 아동 <input type="checkbox"/> 배우자/등록 동거인 <input type="checkbox"/> 후견인(재산관리) <input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| 10. 제공자의 시작한 날짜: | |

*주의: 소셜시큐리티 번호수령은 개인의 신분과 미국에서의 노동 승인을 확인할 목적으로 1986년 이민 개혁 및 통제법 및 공법 99-603 (8 USC 1324a)에 의해 요구됩니다.

- 본인은 위에 기재된 사람을 본인의 IHSS 제공자가 되도록 선택합니다. 이 사람은 카운티에서 승인한 일부 또는 모든 서비스를 제공할 것입니다.

B 부. 수혜자 동의서

본인은 다음 사항을 이해하고 동의합니다:

- 본인이 제공자로 선택한 사람은 그/그녀가 제공자의 등록 요구 조건을 모두 마칠 때까지, 본인에게 제공하는 서비스에 대해 연방 및/또는 주정부 자금으로 지불할 수 없습니다. 이러한 요구 조건에는 제공자 등록 양식(SOC 426)을 작성, 서명 및 반송(직접 방문)하는 것, 지문을 제출하고, 범죄 신원 조회를 통해 결격 사유가 되는 범죄 혐의가 없고, 제공자 오리엔테이션을 마친 후, 서명한 제공자 등록 동의서(SOC 846)에 서명하고 제출하는 것이 포함됩니다.
- 카운티에서는 본인이 제공자로 선택한 사람이 제공자 등록 요구 조건을 완료하지 않을 경우, 또는 그/그녀가 IHSS 제공자가 되지 않을 경우, 이를 본인에게 알리는 통지서를 보낼 것입니다.
- 만일 본인이 그/그녀가 IHSS 제공자로서 등록이 되기 전에 본인에게 서비스를 제공할 사람으로 선택할 경우, 그리고 카운티에서 그/그녀가 IHSS 제공자가 될 자격이 없음을 알리는 통지서를 본인에게 보낼 경우, 그/그녀가 제공자가 될 자격이 없음이 결정되기 전에 그/그녀가 제공했던 서비스와 카운티에서 그/그녀가 자격이 없다는 통지를 본인에게 보낸 이후에 제공한 모든 서비스에 대해 본인 소유의 돈으로 그/그녀에게 지불해야 할 것입니다.
- 카운티나 주정부 어디에서건 본인이 IHSS 제공자로서 고용하기로 선택한 위에 언급된 사람에 의한 배상 청구 및/또는 손실에 대한 책임을 지지 않을 것입니다. 본인은 주정부 및 카운티, 그들의 담당관, 기관원, 직원에게 책임을 면제할 것과, 본인이 IHSS 제공자로서 고용하기로 선택한 위에 언급된 사람으로 인해 누군가에게 발생된 어떤 및 모든 배상 청구 및/또는 손실에 대해 어떤 사람이 책임을 질 것에 동의합니다.
- 카운티에서는 본인이 제공자로 선택한 사람에게 본인의 승인된 서비스 및 서비스 시간에 대한 정보를 제공할 수 있습니다. 카운티에서는 본인의 제공자에게 IHSS 프로그램 수혜자 승인 시간 및 서비스에 대한 제공자 통지서(SOC 2271) 양식을 보낼 것입니다.
- 본인의 주당 최대 근로시간을 결정하려면 본인의 총 월 승인된 시간을 4로 나누게 될 것입니다. 주당 최대 근로시간은 제공자(들)가/이 일주일 동안 일해줄 수 있는 최고의 시간수를 알리는 지침입니다. 그러나, 대부분의 달들이 4주보다 약간 길기 때문에, 한달에 필요한 모든 서비스시간이 있는지 확인하기 위해 한 달 내내 자신의 시간을 늘려 제공자와 함께 일할 것입니다.
- 때로는, 제공자가 본인의 주당 최대 근로시간보다 더 많이 일해야 할 수도 있습니다. 변동 사항이 제공자에게 다음과 같이 일하게 할 경우에 한해 본인의 주당 최대 근로시간을 조정하려면 카운티에 승인을 요청해야 합니다:
 1. 그/그녀가 평소에 하는 것보다 그달에 더 많이 초과 근무를 하게 됨.
 2. 주당 최대 근로시간이 주당 40 시간 미만인 경우에 주당 40 시간 이상 일함.

- 만일 본인이 승인된 예외가 없다면, 본인의 제공자는 본인의 주당 최대 시간을 초과해서 일한 것에 대한 위반을 받게 될 것입니다.
- 본인은 **결코** 제공자가 총 월 승인된 서비스 시간을 초과해서 일하도록 승인할 수 **없습니다**. 그러므로, 제공자가 일주일 동안 추가 근무를 할 수 있도록 권한을 부여할 때, 해당 달의 다른 주간에는 더 적게 근무하도록 해야 할 것입니다.
- 만일 제공자가 또 다른 수혜자를 위해 일할 경우, 그/그녀의 수혜자에 대해 일할 수 있는 모든 시간을 합하여 주당 청구할 수 있는 최대 시간수는 **66** 시간입니다. **매주 본인에게 몇 시간 동안 일해 줄 수 있는지 결정하려면 주당 66시간을 초과해서 일하지 않도록 본인이 제공자의 근무일정표를 작성해야 합니다.** 본인은 주당 최대 근로 시간에 대한 수혜자 통지서(SOC 2271A)를 받게 될 것입니다. 여기에는 매주 최대 근로시간 정보가 포함되어 있어서 제공자에게 근무 일정을 잡는데 사용할 수 있습니다. 일정을 잡으려면, 제공자가 각 주당 본인에게 일할 수 있는 시간이 몇 시간인지 알려주어야 합니다. 만일 제공자가 승인된 시간 전체 다 일할 수 없다면, 본인은 추가 제공자를 고용해야 할 것입니다. 만일 또 다른 제공자를 찾고 고용하는데 도움이 필요하면, **IHSS 정부 당국에 전화하여 해당 카운티 등기소 또는 IHSS 사무소에서 제공자를 얻을 수 있습니다.**
- 카운티에서는 본인의 제공자가 위반할 때마다 매번 본인에게 통지서를 보낼 것입니다. 만일 본인의 제공자가 세 번 위반을 하게 되면, 그/그녀는 삼 개월간 **IHSS** 서비스를 제공할 자격이 정지될 것입니다. 만일 그/그녀가 삼 개월 자격 정지에서 복직된 후 또 다른 위반을 받게 되면, 그/그녀는 1년동안 제공자로서의 자격이 종료될 것입니다.

C 부. 수혜자 승인란

본인은 이 양식에 기재된 모든 요구 사항을 따라야 함을 이해하고 동의합니다.

수혜자 또는 권한 대리인:

날짜:

이름을 인쇄체로 적으십시오:

권한 대리인의 서명:

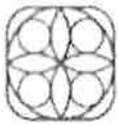
날짜:

인쇄체 이름:

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME:

DATE:



SAN FRANCISCO HUMAN SERVICES AGENCY
**Department of Disability
and Aging Services**

In-Home
Supportive
Services

Recipient's Name in English (Please Print)

Recipient's Address

San Francisco, CA 94

Recipient's Phone#

(

)

 -

자택 간병 서비스 수혜자/사용자 책임 확인 사항

I, _____은(는) 사회복지사로부터 수혜자/사용자로서 아래에 있는 사항에 대해 책임이 있다는 내용을 통보받았습니다.

- 1) 지속적인 적합성과 서비스 제공의 필요성 여부를 결정하는 데 필요한 서류를 사회복지사에게 제출합니다. 제공해야 하는 정보(이에 국한되지는 않음)에는 소득, 가족 구성원, 혼인관계, 재산 소유, 연락처 및 부재 중인 시간에 대한 변경사항이 포함됩니다.
 - 2) 제공자를 물색, 고용, 교육, 관리 및 해고할 수 있습니다.
 - 3) 급여/근무 시간/작업 환경 그리고 18세 미만인 사람의 고용에 관한 법률 및 규정을 준수합니다.
- 참고:** 급여/근무 시간/작업 환경에 관한 산업표준심의회(IWC) 15번 조항을 참조하십시오. 이 내용은 노사 관계부처, 근로 기준 시행 및 집행 관련 부서를 통해 확인할 수 있습니다. 연락처는 전화번호부를 참고하십시오. 미성년자 고용에 관한 추가 정보는 지역 학군에 문의하면 알 수 있습니다.
- 4) 고용할 제공자가 미국에 합법적으로 거주하는 사람인지 확인합니다. 제공자와 사용자는 1-9까지의 양식을 모두 작성합니다. 1-9까지의 양식을 최소 3년간 또는 고용 기간이 끝난 후 1년간 보관합니다(둘 중 기간이 더 긴 것). 사용자는 사회 보장 번호, 주소 및 연락처와 같은 제공자의 개인 정보를 보호합니다.
 - 5) 고용할 제공자의 급여 기준, 근무 일정 및 근무 환경을 보장합니다.
 - 6) 다음을 포함하여 제공자에 관한 변경사항이 발생할 경우 사회복지사에게 알립니다.

- ___ 이름
- ___ 주소
- ___ 연락처
- ___ 사용자와의 관계(있을 경우)
- ___ 각 제공자의 근무 시간 및 수행해야 하는 서비스 내용

- 7) 제공자에게 시간당 총 급여가 _____(달러)라는 것을 알려주고 사회 보장 보험료 및 주 정부 장애 보험료는 제공자의 급여에서 공제됩니다.
- 8) 제공자에게 연방정부 및/또는 주 정부 소득세를 자신의 급여에서 공제하도록 요청할 수 있다는 사실을 알려줍니다. 제공자에게 W-4 양식(연방정부 소득세 원천징수) 및/또는 DE 4 양식(주 정부 소득세 원천징수)을 제출하도록 지시합니다.
- 9) 산업 재해, 주 정부 실업 보험 혜택 및 주 정부 장애 보험 혜택을 받을 수 있다는 사실을 제공자에게 알려줍니다.
- 10) 사용자가 승인한 서비스 및 해당 서비스를 수행하는데 할당된 시간이 표시되어 있는 안내문을 받게 된다는 것을 알려줍니다. 사용자가 부재 중인 경우(예를 들어 입원 중이거나 휴가 중일 때)에는 근무한 것에 대한 급여가 지급되지 않는다는 것을 제공자에게 알려줍니다.
- 11) 필요할 경우 일부 비용을 부담합니다.
- 12) 제공자가 기록한 근무 시간 기록표의 각 항목(날짜 및 총 근무 시간)이 정확한 지 확인한 후 서명합니다.
거짓 정보를 제공하거나 정보를 숨길 경우 연방정부 및 주 정부 법률에 의해서 고발 조치될 수 있다는 사실을 알고 있습니다. 필요할 경우 날짜 및 근무 시간 확인을 위해 고용한 제공자의 근무 시간 기록표에 지장을 찍어야 한다는 사실을 알고 있습니다. 이렇게 해야만 제공자가 급여를 받을 수 있습니다.
- 13) 제공자가 근무 시간 기록표에 서명했는지 여부를 확인합니다.
- 14) 근무 기간 마지막에 서명한 근무 시간 기록표를 우편을 통해 적절한 주소로 보낼 것을 제공자에게 알려줍니다.

수혜자 서명

날짜

이름

수혜자/사용자 책임 확인 사항 사용에 관한 지침

1. 이 양식은 서비스를 받는 수혜자와 개별 제공자가 내용을 확인할 때만 사용됩니다.
2. 주 정부는 이 양식을 통해 수혜자가 IHSS 제공자의 사용자로서 가지는 기본 책임에 관해 알고 있다는 사실을 확인하게 됩니다.
3. 수혜자와 함께 각 항목을 확인하고 수혜자에게 각 요구사항을 준수하는 방법을 설명합니다.
4. 수혜자와 함께 해당 양식의 사본을



Employment Eligibility Verification

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

USCIS
Form I-9

OMB No. 1615-0047

Expires 05/31/2027

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

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

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

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|----------|
| Last Name (Family Name) | | First Name (Given Name) | | Middle Initial (if any) | Other Last Names Used (if any) | | |
| Address (Street Number and Name) | | | Apt. Number (if any) | City or Town | | State | ZIP Code |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy) | U.S. Social Security Number | | Employee's Email Address | | | Employee's Telephone Number | |
| I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct. | | Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.): | | | | | |
| | | <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) | | Additional Information | | | |
| Issuing Authority | | | | | |
| Document Number (if any) | | | | | |
| Expiration Date (if any) | | | | | |
| Document Title 3 (if any) | | <input type="checkbox"/> Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents. | | | |
| Issuing Authority | | | | | |
| Document Number (if any) | | | | | |
| Expiration Date (if any) | | | | | |
| Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States. | | | First Day of Employment (mm/dd/yyyy): | | |
| Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative | | | Signature of Employer or Authorized Representative | | Today's Date (mm/dd/yyyy) |
| Employer's Business or Organization Name | | | Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code | | |

For reverification or rehire, complete **Supplement B, Reverification and Rehire on Page 4**.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

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

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

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

Acceptable Receipts

May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period.

For receipt validity dates, see the M-274.

| | | | |
|--|----|--|--|
| <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 | <ul style="list-style-type: none"> Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document. | <ul style="list-style-type: none"> Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document. |
|--|----|--|--|

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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 05/31/2027

| | | |
|---|---|---|
| Last Name (Family Name) from Section 1. | First Name (Given Name) from Section 1. | Middle initial (if any) from Section 1. |
|---|---|---|

Instructions: This supplement 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 (if applicable) | New Name (if applicable) | | |
| Date (mm/dd/yyyy) | 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) (mm/dd/yyyy) |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------|

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 (mm/dd/yyyy) |
|---|--|---------------------------|

Additional Information (Initial and date each notation.)

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

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| Date of Rehire (if applicable) | New Name (if applicable) | | |
| Date (mm/dd/yyyy) | 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) (mm/dd/yyyy) |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------|

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 (mm/dd/yyyy) |
|---|--|---------------------------|

Additional Information (Initial and date each notation.)

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

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| Date of Rehire (if applicable) | New Name (if applicable) | | |
| Date (mm/dd/yyyy) | 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) (mm/dd/yyyy) |
|----------------|--------------------------|---------------------------------------|

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 (mm/dd/yyyy) |
|---|--|---------------------------|

Additional Information (Initial and date each notation.)

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

직원의 원천징수 증명서

OMB No. 1545-0074

양식 W-4를 작성하면 고용주가 귀하의 임금에서 정확한 연방 소득세를 원천징수할 수 있습니다.
양식 W-4를 귀하의 고용주에게 제공하십시오.
귀하의 원천징수는 국세청 (IRS)에서 검토될 수 있습니다.

2025

| | | | |
|--------------------|---|--|--------------|
| 1단계: 개인정보 입력 | (a) 이름 및 마들 내임 이니셜 | 성 | (b) 사회 보장 번호 |
| | 주소 | 귀하의 이름이 사회 보장 번호 카드의 이름과 일치합니까? 그렇지 않다면, 소득 적립을 위해 사회 보장국 (SSA)에 800-772-1213으로 전화하거나 www.ssa.gov 를 방문하십시오. | |
| | 도시 또는 타운, 주 및 우편번호 | | |
| | (c) <input type="checkbox"/> 미혼 또는 부부 개별 신고 <input type="checkbox"/> 부부 공동 신고 또는 적격 생존 배우자 <input type="checkbox"/> 세대주 (미혼이며 자신과 적격 개인의 가정을 유지하기 위한 비용의 반 이상을 지불했을 경우에만 선택하십시오.) | | |

도움말: 다음과 같은 경우, www.irs.gov/W4AppKO에 있는 추정기를 사용하여 올해 남은 기간 동안 가장 정확한 원천징수액을 결정하는 것을 고려해 보십시오: 연초 이후에 이 양식을 작성하거나, 해당 연도의 일부만 일할 것으로 예상되는 경우; 혹은 해당 연도에 혼인 상태, 본인 (및/또는 부부가 함께 신고하는 경우 배우자)의 직업 수, 부양가족, 기타 소득 (직장 소득 제외), 공제 또는 세액공제에 대한 변경 사항이 있는 경우. 추정기를 사용할 때 올해 가장 최근의 급여 명세서를 준비해 놓으십시오. 내년초에 추정기를 다시 사용하여 원천징수액을 재확인하십시오.

해당되는 경우에만 2~4단계를 작성하십시오. 그렇지 않다면 5단계로 넘어가십시오. 2페이지에서 각 단계, 원천징수 면제 신청 대상자, 및 www.irs.gov/W4AppKO에서 추정기 사용 시기를 보십시오.

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| 2단계: 여러 직장 또는 배우자도 일함 | (1) 동시에 한 개 이상의 직장이 있거나, 혹은 (2) 부부 공동 신고이며 배우자 또한 일을 한다면 이 단계를 작성하십시오. 정확한 액수의 원천징수는 모든 직장으로부터 비롯된 소득에 기초합니다. 다음 중 한 가지만 실행하십시오. | | |
| | (a) 이 단계 (및 3-4 단계)에 대한 가장 정확한 원천징수를 위해 www.irs.gov/W4AppKO 에 있는 추정기를 사용하십시오. 귀하 또는 귀하의 배우자에게 자영업 소득이 있다면, 이 옵션을 사용하거나; 또는 | | |
| | (b) 3페이지에 있는 다중 직장 작업표를 사용하고 그 결과를 아래의 4(c)단계에 입력하십시오. 또는 | | |
| | (c) 직장이 오직 두 개라면 이 박스를 체크하십시오. 다른 직장에 대한 양식 W-4에도 똑같이 이 박스에 체크하십시오. 급여가 더 낮은 직장의 급여가 급여가 더 높은 직장의 급여의 반을 초과할 경우, 보통 이 옵션이 (b)보다 더 정확합니다. 그렇지 않다면 (b)가 더 정확합니다. <input type="checkbox"/> | | |

오직 하나의 직장에 대해서만 양식 W-4의 3~4(b)단계를 작성하십시오. 다른 직장에 대한 해당 단계는 빈칸으로 두십시오. (가장 급여가 높은 직장에 대한 양식 W-4의 3~4(b)단계를 작성할 경우에 원천징수가 가장 정확할 것입니다.)

| | | | |
|------------------------------------|--|------|----|
| 3단계: 부양가족 및 기타 세액공제 청구 | 귀하의 총 소득이 \$200,000이하일 경우 (부부 공동 신고일 경우 \$400,000이하): | | |
| | 만 17세 미만의 적격 자녀의 명수에 \$2,000을 곱합니다 \$ | | |
| | 그 밖의 부양가족의 명수에 \$500을 곱합니다 \$ | | |
| | 상단의 적격 자녀 및 그 밖의 부양가족의 금액을 합합니다. 그 밖의 다른 세액공제들도 이 금액에 추가할 수 있습니다. 총액을 여기에 기입하십시오 | 3 | \$ |
| 4단계 (선택사항): 기타 조정사항 | (a) 기타 소득 (비직장 소득). 올해에 예상되는 원천징수가 없는 기타 소득에 대한 원천징수를 원한다면, 여기에 기타 소득의 금액을 입력하십시오. 기타 소득에는 이자, 배당금 그리고 은퇴 소득이 포함될 수 있습니다 | 4(a) | \$ |
| | (b) 공제. 표준 공제 외의 공제를 신청할 것으로 예상되어 원천징수를 줄이고 싶다면, 3페이지에 공제 작업표를 사용하고 그 결과를 여기에 입력하십시오 | 4(b) | \$ |
| | (c) 추가 원천징수. 각 급여기간에 원천징수 되기를 원하는 추가적인 세금을 입력하십시오 | 4(c) | \$ |
| | | | |

| | | | |
|-------------------|---|----------|----------------|
| 5단계: 이곳에 서명 | 위증죄의 처벌 하에, 본인의 지식과 믿음이 닿는 한, 이 증명서는 진실되고 정확하며 완전하다고 선언합니다. | | |
| | 직원의 서명 (이 양식은 귀하의 서명이 없다면 유효하지 않습니다.) | | 날짜 |
| 고용주만 해당 | 고용주 이름 및 주소 | 최초 고용 날짜 | 고용주 식별번호 (EIN) |

일반 설명

섹션 참조는 달리 명시되지 않는 한 국세법에 대한 것입니다.

향후 진전 사항

출판 이후에 제정된 법률과 같은 양식 W-4 관련 진전 사항에 관한 가장 최근 정보를 얻으려면 www.irs.gov/FormW4KO 를 방문하십시오.

양식의 목적

양식 W-4를 작성하여 고용주가 귀하의 급여에서 정확한 연방 소득세를 원천징수할 수 있게 하십시오. 너무 적은 금액이 원천징수되면 일반적으로 세금 신고서 제출시에 세금을 납부해야 하며 과징금을 내야 할 수도 있습니다. 너무 많은 세금이 원천징수되면 일반적으로 환급을 받을 것입니다. 개인적 상황이나 금전적 상황의 변화로 인해 양식의 항목을 변경해야 한다면 새로운 양식 W-4를 작성하십시오. 원천징수 및 새로운 양식 W-4 제출 시기에 대한 자세한 정보는 간행물 505, '세금 원천징수 및 추정세'를 참조하십시오.

원천징수 면제. 다음 두 가지 조건을 모두 충족할 경우, 2025년에 원천징수 면제를 신청할 수 있습니다. 2024년에 연방 소득세 채무가 없었으며 또한 2025년에도 연방 소득세 채무가 없을 것으로 예상되는 경우. (1) 2024 양식 1040 또는 1040-SR의 24줄에 나와있는 귀하의 총 세금이 0이며 (또는 27, 28 및 29줄의 합보다 적은 경우), 또는 (2) 귀하의 소득이 귀하의 해당 납세자 구분에 대한 신고서의 제출이 요구되는 소득의 임계치보다 낮은 이유로 신고서 제출 의무가 없었던 경우. 면제를 신청하면 귀하의 급여에서 소득세가 원천징수되지 않을 것이며 2025 세금 신고서 제출 시 세금과 과징금을 내야 할 수도 있습니다. 원천징수 면제를 신청하려면 양식 W-4, 4(c)단계 밑에 있는 공란에 "Exempt" (면제)라고 기입하여 위에 있는 두 가지 요구사항을 모두 충족한다고 증명해야 합니다. 그 다음 1(a)단계, 1(b)단계, 그리고 5단계를 작성하십시오. 그 밖의 다른 단계는 작성하지 마십시오. 새로운 양식 W-4를 2026년 2월 17일까지 제출해야 합니다.

귀하의 사생활 보호. 2(c)단계 및 4(a)단계에서는 이 양식 W-4와 연관된 직장 외의 출처소득과 관련된 정보를 요구합니다. 2(c)단계에서 요구한 정보에 대한 우려가 있다면 2(b)단계를 대신 선택할 수 있습니다; 4(a)단계에서 요구한 정보에 대한 우려가 있다면 각 급여 기간동안 추가로 원천징수되길 원하는 금액을 4(c)단계에 대신 입력할 수 있습니다.

추정기 사용 시기. 아래와 같은 사항에 해당된다면 www.irs.gov/W4AppKO 에 있는 추정기 사용을 고려해 보십시오:

1. 연초가 지난 이후에 이 양식을 제출하는 경우;
2. 연중 일부만 일할 것으로 예상되는 경우;
3. 해당 연도에 혼인 상태, 본인 (및/또는 부부가 함께 신고하는 경우 배우자)의 직업 수, 부양가족, 공제 또는 세액공제에 대한 변경 사항이 있는 경우;
4. 배당금, 자본 이득, 사회보장 혜택, 보너스 또는 사업 소득이 있거나 혹은 추가 메디케어세 또는 순투자 소득에의 대상이 될 경우; 또는
5. 다중 직장 상황에 대한 가장 정확한 원천징수를 선호할 경우.

도움말: 추정기를 사용할 때 올해에 이미 원천징수된 연방 세금을 계산하기 위해 올해 가장 최근의 급여 명세서를 준비해 놓으십시오. 내년초에 추정기를 다시 사용하여 원천징수액을 재확인하십시오.

자영업. 일반적으로, 직원으로서 받은 급여와는 별개로 자영업으로 벌어들인 소득에 대해서 소득세와 자영업세를 둘 다 납부해야 합니다. 귀하 급여의 원천징수를 통해 세금 납부를 원한다면 원천징수할 금액의 계산을 위해 www.irs.gov/W4AppKO 에 있는 추정기 사용하십시오.

비거주자. 비거주자의 경우, 통지 1392, '보충 양식 W-4 비거주자를 위한 설명서'를 참조한 이후에 이 양식을 작성하십시오.

세부 지침

1(c)단계. 예상되는 납세자 구분에 체크하십시오. 이는 귀하의 원천징수를 계산하는 데 사용되는 표준 공제와 세율을 결정할 것입니다.

2단계. (1) 동시에 하나 이상의 직장을 다니고 있거나 (2) 부부 공동 신고이며 자신과 배우자 둘 다 모두 직장을 다니고 있다면 이 단계를 사용하십시오. 각 직장에 대한 개별 양식 W-4를 제출하십시오.

옵션 (a)는 원천징수를 해야 할 추가 세금을 가장 정확하게 계산하며 옵션 (b)는 정확도가 약간 떨어집니다.

대신에, 귀하가 (그리고 배우자가) 오직 두 개의 직장이 있다면 옵션 (c)에 있는 박스를 체크할 수 있습니다. 다른 직장의 양식 W-4에도 반드시 이 박스를 체크해야 합니다. 이 박스에 체크하면 각 직장에 대한 표준 공제와 과세 등급이 반으로 나눠져 원천징수가 계산됩니다. 이 옵션은 비슷한 급여를 갖고 있는 직장에 대해서 정확합니다. 그렇지 않은 경우엔 필요 이상보다 더 많은 액수의 세금이 원천징수될 수 있으며, 이 과다액은 두 직장의 급여차가 크면 클수록 더 커질 것입니다.



다중 직장. 오직 하나의 양식 W-4에서만 3단계에서 4(b)단계를 작성하십시오. 가장 높은 급여에 대한 양식 W-4에서 이를 작성한다면 원천징수가 가장 정확할 것입니다.

3단계. 이 단계에서는 귀하의 세금 신고서를 제출할 때 청구할 수 있는 자녀 세액공제와 기타 부양가족 세액공제의 액수를 결정하기 위한 설명을 제공합니다. 자녀 세액공제에 적격하기 위해, 귀하의 자녀는 반드시 12월 31일 기준 만 17세 미만이어야 하며, 일년의 반 이상 납세자와 함께 거주한 부양가족이어야 하고, 요구되는 사회 보장 번호가 반드시 있어야 합니다. 나이가 많은 자녀 또는 적격 친척처럼 자녀 세액공제 청구가 불가능한 기타 부양가족에 대해서 세액공제를 청구할 수도 있습니다. 해당 세액공제에 관한 추가 자격 요건은 간행물 501, '부양가족, 표준 공제 및 신고 정보'를 참조하십시오. 외국 세금 세액공제와 교육 세액공제와 같은 다른 세액공제들을 이 단계에 포함시킬 수 있습니다. 이를 하려면 올해의 부양가족에 대한 세액공제 액수의 추정치를 합산하여 3단계에 이 총액을 입력하십시오. 이 세액공제를 포함하면 귀하의 급여가 증가하고 세금 신고서 제출 시 받게되는 환급의 액수는 감소하게 됩니다.

4단계 (선택 사항).

4(a)단계. 해당한다면 연간 기타 추정 소득의 총액을 이 단계에 입력하십시오. 직장이나 자영업 소득을 포함시키지 마십시오. 4(a)단계를 작성하면 해당 소득에 대해 추정세를 납부하지 않아도 될 가능성이 높습니다. 기타 소득에 대한 세금을 귀하의 급여에서 원천징수하는 것보다 추정세를 납부하는 것을 더 선호한다면 양식 1040-ES, '개인의 추정세'를 참조하십시오.

4(b)단계. 2025년 세금 신고서에 기본 표준 공제가 아닌 다른 공제의 청구가 예상되어 원천징수를 줄이길 원한다면 공제 작업표, 5 줄의 액수를 이번 단계에 입력하십시오. 여기에는 항목별 공제, 학자금 대출 이자 및 IRA와 같은 기타 공제들이 모두 포함됩니다.

4(c)단계. 다중 직장 작업표 4줄의 금액을 포함하여 각 급여 기간의 급여로부터 원천징수되기를 원하는 추가 세금을 이번 단계에 입력하십시오. 여기에 액수를 입력하면 귀하의 급여는 감소하고 환급이 증가하거나 또는 납부해야 할 수도 있는 세금이 감소할 것입니다.

2(b)단계-다중 직장 작업표 (기록 보관용.)



양식 W-4의 2(b)단계에 있는 옵션을 선택하면, **오직 하나의** 양식 W-4에서만 이 작업표를 (모든 직장에 대한 추가 세금의 총액을 계산함) 작성하십시오. 이 작업표를 작성하고 가장 높은 급여에 대한 양식 W-4에 이 결과를 입력하면 원천징수가 가장 정확할 것입니다. 2019년부터 원천징수를 업데이트하지 않았다면 정확도를 위해 기타 모든 직장에 대한 새 양식 W-4를 제출하십시오.

참고: 만약에 한 개 이상 직장의 연봉이 \$120,000를 초과하거나 혹은 세 개 이상의 직장이 있다면 간행물 505에서 추가적인 표를 참고하거나; 또는, www.irs.gov/W4AppKO 에 있는 온라인 원천징수 추정기를 사용하십시오.

- 1 **직장 두개.** 두개의 직장이 있거나 부부 공동 신고를 하며, 본인과 본인의 배우자가 각각 하나의 직장에 다니고 있다면 4페이지의 해당 표에서 금액을 찾으십시오. “급여가 더 높은 직장”행과 “급여가 더 낮은 직장”열을 사용하여 가정내 두 급여가 만나는 지점의 값을 찾아 1줄에 입력하십시오. 그 다음, 3줄로 넘어가십시오. 1 \$ _____
- 2 **직장 세 개.** 본인과 본인의 배우자가 동시에 세 개의 직장을 다니고 있다면, 아래 2a, 2b, 2c줄을 작성하십시오. 아니면 3줄로 넘어가십시오.
 - a 4페이지의 적절한 표에서 “급여가 더 높은 직장”행에 있는 급여가 가장 높은 직장의 연봉, 그리고 “급여가 더 낮은 직장”열에 있는 그 다음으로 급여가 높은 직장의 연봉을 사용하여 금액을 찾으십시오. 가정내 두 급여가 만나는 지점의 값을 찾아 2a줄에 입력하십시오. 2a \$ _____
 - b 4페이지의 적절한 표에서, 2a줄의 급여가 가장 높은 두 직장의 연봉을 합한 값을 “급여가 더 높은 직장”행의 급여로 사용하고 3번째 직장의 급여를 “급여가 더 낮은 직장”행의 급여로 사용하여 해당 금액을 찾아보고 이를 2b줄에 입력하십시오. 2b \$ _____
 - c 2a줄과 2b줄의 액수를 더하고 그 결과를 2c줄에 입력하십시오. 2c \$ _____
- 3 급여가 가장 높은 직장의 급여일 개수를 입력하십시오. 예를 들어 해당 직장에서 주급으로 받는다면 52를 입력하고, 격주로 받는다면 26을, 월급으로 받는다면 12를 입력하십시오. 3 _____
- 4 1줄 또는 2c줄의 연간 총액을 3줄에 있는 급여일 개수로 나누십시오. 그 금액을 여기에 입력하고 급여가 가장 높은 직장의 양식 W-4의 4(c)단계에도 입력하십시오 (원천징수하기를 원하는 추가 금액과 함께) 4 \$ _____

4(b)단계-공제 작업표 (기록 보관용.)



- 1 귀하의 2025 항목별 공제의 (스케줄 A (양식 1040)에서) 추정액을 입력하십시오. 해당 공제에는 적격 주택 담보 대출 이자, 자산 기부금, 주 및 지방 세금 (한도 \$10,000) 그리고 귀하 소득의 7.5%를 초과하는 의료비용이 포함됩니다. 1 \$ _____
- 2 입력: {
 - \$30,000 부부 공동 신고 또는 적격 생존 배우자일 경우
 - \$22,500 세대주인 경우
 - \$15,000 미혼 또는 부부 개별 신고일 경우
 } 2 \$ _____
- 3 1줄이 2줄보다 크다면 1줄에서 2줄을 차감하고 그 결과를 여기에 입력하십시오. 2줄이 1줄보다 크다면 “-0-”을 입력하십시오. 3 \$ _____
- 4 학자금 대출 이자, 공제가능 IRA 기여금 및 특정 기타 조정 사항들의 (스케줄 1의 파트 II (양식 1040)) 추정 액수를 입력하십시오. 더 자세한 내용은 간행물 505를 참고하십시오. 4 \$ _____
- 5 3줄과 4줄을 더하십시오. 그 결과를 여기와 양식 W-4의 4(b)단계에 입력하십시오. 5 \$ _____

사생활 보호법 및 문서 감축법 통지. 본 기관은 미국의 국세법 시행을 위해 이 양식에서 정보를 요청하고 있습니다. 국세법 섹션 3402(f)(2)와 6109 및 해당 규제 조항은 귀하가 이 정보를 제공하도록 요구하고 있습니다. 고용주는 이를 사용하여 귀하의 연방 소득세 원천징수액을 결정합니다. 제대로 작성된 양식을 제공하지 않을 경우 양식의 다른 항목이 입력되지 않은 미혼으로 분류될 것이며 허위 정보를 제공할 경우 처벌의 대상이 될 수 있습니다. 이 정보는 일상적으로 민형사 소송 용도로 법무부 제공되며, 미국의 시, 주, 컬럼비아 특별구 및 미 연방국 및 미국 영토의 세법 집행의 용도로도 제공되고 또한 신규 채용자 국가 디렉터리의 용도로 보건복지부에도 제공됩니다. 또한 당국은 조세협정 하에 다른 국가에 이 정보를 공개하거나, 비조세 관련 연방 형법 집행을 위해 연방 및 주 기관에 제공하거나 태러에 대처하기 위해 연방 법 집행기관 및 정보기관에 제공할 수 있습니다.

양식에 유효한 OMB 통제 번호가 기재되어 있지 않은 이상, 문서 감축법이 적용되는 양식에서 요청하는 정보를 제공할 의무가 없습니다. 양식 또는 설명서와 연관된 장부 또는 기록물의 내용이 그 어느 국세법 조항의 집행에 실질적인 영향을 줄 수 있는 한 이를 반드시 보관해야 합니다. 국세법 섹션 6103 요구되는 바 일반적으로 세금 신고서 및 신고서 정보는 기밀사항입니다.

이 양식을 작성하고 제출하는 데 드는 평균 시간과 비용은 개인적인 상황에 따라 다릅니다. 추정되는 평균치에 대한 정보는 귀하의 소득세 신고서에 대한 설명서를 참조하십시오.

만약 이 양식의 더 간단하게 만들 수 있는 제안해 주신다면 기쁜 마음으로 듣겠습니다. 귀하의 소득세 신고서에 대한 설명서를 참조하십시오.

부부 공동 신고 또는 적격 생존 배우자

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

미혼 또는 부부 개별 신고

| 급여가 더 높은 직장 연간 과세대상 임금 및 급여 | 급여가 더 낮은 직장 연간 과세대상 임금 및 급여 | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| | \$0 - 9,999 | \$10,000 - 19,999 | \$20,000 - 29,999 | \$30,000 - 39,999 | \$40,000 - 49,999 | \$50,000 - 59,999 | \$60,000 - 69,999 | \$70,000 - 79,999 | \$80,000 - 89,999 | \$90,000 - 99,999 | \$100,000 - 109,999 | \$110,000 - 120,000 |
| \$0 - 9,999 | \$200 | \$850 | \$1,020 | \$1,020 | \$1,020 | \$1,370 | \$1,870 | \$1,870 | \$1,870 | \$1,870 | \$1,870 | \$2,040 |
| \$10,000 - 19,999 | 850 | 1,700 | 1,870 | 1,870 | 2,220 | 3,220 | 3,720 | 3,720 | 3,720 | 3,720 | 3,890 | 4,090 |
| \$20,000 - 29,999 | 1,020 | 1,870 | 2,040 | 2,390 | 3,390 | 4,390 | 4,890 | 4,890 | 4,890 | 5,060 | 5,260 | 5,460 |
| \$30,000 - 39,999 | 1,020 | 1,870 | 2,390 | 3,390 | 4,390 | 5,390 | 5,890 | 5,890 | 6,060 | 6,260 | 6,460 | 6,660 |
| \$40,000 - 59,999 | 1,220 | 3,070 | 4,240 | 5,240 | 6,240 | 7,240 | 7,880 | 8,080 | 8,280 | 8,480 | 8,680 | 8,880 |
| \$60,000 - 79,999 | 1,870 | 3,720 | 4,890 | 5,890 | 7,030 | 8,230 | 8,930 | 9,130 | 9,330 | 9,530 | 9,730 | 9,930 |
| \$80,000 - 99,999 | 1,870 | 3,720 | 5,030 | 6,230 | 7,430 | 8,630 | 9,330 | 9,530 | 9,730 | 9,930 | 10,130 | 10,580 |
| \$100,000 - 124,999 | 2,040 | 4,090 | 5,460 | 6,660 | 7,860 | 9,060 | 9,760 | 9,960 | 10,160 | 10,950 | 11,950 | 12,950 |
| \$125,000 - 149,999 | 2,040 | 4,090 | 5,460 | 6,660 | 7,860 | 9,060 | 9,950 | 10,950 | 11,950 | 12,950 | 13,950 | 14,950 |
| \$150,000 - 174,999 | 2,040 | 4,090 | 5,460 | 6,660 | 8,450 | 10,450 | 11,950 | 12,950 | 13,950 | 15,080 | 16,380 | 17,680 |
| \$175,000 - 199,999 | 2,040 | 4,290 | 6,450 | 8,450 | 10,450 | 12,450 | 13,950 | 15,230 | 16,530 | 17,830 | 19,130 | 20,430 |
| \$200,000 - 249,999 | 2,720 | 5,570 | 7,900 | 10,200 | 12,500 | 14,800 | 16,600 | 17,900 | 19,200 | 20,500 | 21,800 | 23,100 |
| \$250,000 - 399,999 | 2,970 | 6,120 | 8,590 | 10,890 | 13,190 | 15,490 | 17,290 | 18,590 | 19,890 | 21,190 | 22,490 | 23,790 |
| \$400,000 - 449,999 | 2,970 | 6,120 | 8,590 | 10,890 | 13,190 | 15,490 | 17,290 | 18,590 | 19,890 | 21,190 | 22,490 | 23,790 |
| \$450,000 이상 | 3,140 | 6,490 | 9,160 | 11,660 | 14,160 | 16,660 | 18,660 | 20,160 | 21,660 | 23,160 | 24,660 | 26,160 |

세대주

| 급여가 더 높은 직장 연간 과세대상 임금 및 급여 | 급여가 더 낮은 직장 연간 과세대상 임금 및 급여 | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
| | \$0 - 9,999 | \$10,000 - 19,999 | \$20,000 - 29,999 | \$30,000 - 39,999 | \$40,000 - 49,999 | \$50,000 - 59,999 | \$60,000 - 69,999 | \$70,000 - 79,999 | \$80,000 - 89,999 | \$90,000 - 99,999 | \$100,000 - 109,999 | \$110,000 - 120,000 |
| \$0 - 9,999 | \$0 | \$450 | \$850 | \$1,000 | \$1,020 | \$1,020 | \$1,020 | \$1,020 | \$1,870 | \$1,870 | \$1,870 | \$1,890 |
| \$10,000 - 19,999 | 450 | 1,450 | 2,000 | 2,200 | 2,220 | 2,220 | 2,220 | 3,180 | 4,070 | 4,070 | 4,090 | 4,290 |
| \$20,000 - 29,999 | 850 | 2,000 | 2,600 | 2,800 | 2,820 | 2,820 | 3,780 | 4,780 | 5,670 | 5,690 | 5,890 | 6,090 |
| \$30,000 - 39,999 | 1,000 | 2,200 | 2,800 | 3,000 | 3,020 | 3,980 | 4,980 | 5,980 | 6,890 | 7,090 | 7,290 | 7,490 |
| \$40,000 - 59,999 | 1,020 | 2,220 | 2,820 | 3,830 | 4,850 | 5,850 | 6,850 | 8,050 | 9,130 | 9,330 | 9,530 | 9,730 |
| \$60,000 - 79,999 | 1,020 | 3,030 | 4,630 | 5,830 | 6,850 | 8,050 | 9,250 | 10,450 | 11,530 | 11,730 | 11,930 | 12,130 |
| \$80,000 - 99,999 | 1,870 | 4,070 | 5,670 | 7,060 | 8,280 | 9,480 | 10,680 | 11,880 | 12,970 | 13,170 | 13,370 | 13,570 |
| \$100,000 - 124,999 | 1,950 | 4,350 | 6,150 | 7,550 | 8,770 | 9,970 | 11,170 | 12,370 | 13,450 | 13,650 | 14,650 | 15,650 |
| \$125,000 - 149,999 | 2,040 | 4,440 | 6,240 | 7,640 | 8,860 | 10,060 | 11,260 | 12,860 | 14,740 | 15,740 | 16,740 | 17,740 |
| \$150,000 - 174,999 | 2,040 | 4,440 | 6,240 | 7,640 | 8,860 | 10,860 | 12,860 | 14,860 | 16,740 | 17,740 | 18,940 | 20,240 |
| \$175,000 - 199,999 | 2,040 | 4,440 | 6,640 | 8,840 | 10,860 | 12,860 | 14,860 | 16,910 | 19,090 | 20,390 | 21,690 | 22,990 |
| \$200,000 - 249,999 | 2,720 | 5,920 | 8,520 | 10,960 | 13,280 | 15,580 | 17,880 | 20,180 | 22,360 | 23,660 | 24,960 | 26,260 |
| \$250,000 - 449,999 | 2,970 | 6,470 | 9,370 | 11,870 | 14,190 | 16,490 | 18,790 | 21,090 | 23,280 | 24,580 | 25,880 | 27,180 |
| \$450,000 이상 | 3,140 | 6,840 | 9,940 | 12,640 | 15,160 | 17,660 | 20,160 | 22,660 | 25,050 | 26,550 | 28,050 | 29,550 |



Employee's Withholding Allowance Certificate

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

| Personal Information | |
|------------------------------|---|
| First, Middle, Last Name 이름성 | Social Security Number 사회보장번호 |
| Address 주소 | Filing Status |
| City 시, State ZIP Code 우편번호 | <input type="checkbox"/> 결 Single or Married (with two or more incomes) <input type="checkbox"/> 혼 Married (one income) <input type="checkbox"/> 상 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**) _____

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 2025, and I certify I meet both 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 penalty 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.

직원 서명

날짜

Employee's Signature _____ Date _____

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

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.

As of January 1, 2020, the *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4) from the Internal Revenue Service (IRS) is 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 a completed DE 4, your 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 and state income tax last year, and
2. You do not expect to owe any federal and state income tax this 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 and 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 \(DE 44\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) provides the income tax withholding tables. This publication can be found by visiting [Payroll Taxes - Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). To assist you in calculating your tax liability, visit the [Franchise Tax Board \(FTB\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

If you need information on your last *California Resident Income Tax Return* (FTB Form 540), visit the [FTB](http://ftb.ca.gov) (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 \(CCR\)](http://govt.westlaw.com/calregs/Search/Index) (govt.westlaw.com/calregs/Search/Index), the FTB or the EDD may 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. 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](http://leginfo.ca.gov/faces/codes.xhtml) (leginfo.ca.gov/faces/codes.xhtml) and section 19176 of the [Revenue and Taxation Code](http://leginfo.ca.gov/faces/codes.xhtml) (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 or Multiple Incomes: When earnings come 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:

- (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 percent 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 — Additional Withholding Allowances (Optional)

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 \$11,080 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$5,540 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, call our Taxpayer Assistance Center at 1-888-745-3886.

1. Enter estimate of total wages for tax year 2025. 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 2025 tax rate schedules below. 8. _____
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$163.90). 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 2025. 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 2025. 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 2025. 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 2025 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 | \$10,756 | 1.100% | \$0 | \$0.00 |
| \$10,756 | \$25,499 | 2.200% | \$10,756 | \$118.32 |
| \$25,499 | \$40,245 | 4.400% | \$25,499 | \$442.67 |
| \$40,245 | \$55,866 | 6.600% | \$40,245 | \$1,091.49 |
| \$55,866 | \$70,606 | 8.800% | \$55,866 | \$2,122.48 |
| \$70,606 | \$360,659 | 10.230% | \$70,606 | \$3,419.60 |
| \$360,659 | \$432,787 | 11.330% | \$360,659 | \$33,092.02 |
| \$432,787 | \$721,314 | 12.430% | \$432,787 | \$41,264.12 |
| \$721,314 | \$1,000,000 | 13.530% | \$721,314 | \$77,128.03 |
| \$1,000,000 | and over | 14.630% | \$1,000,000 | \$114,834.25 |

Married Persons

| IF THE TAXABLE INCOME IS | | COMPUTED TAX IS | | |
|--------------------------|--------------|-------------------|-------------|--------------|
| OVER | BUT NOT OVER | OF AMOUNT OVER... | | PLUS |
| \$0 | \$21,512 | 1.100% | \$0 | \$0.00 |
| \$21,512 | \$50,998 | 2.200% | \$21,512 | \$236.63 |
| \$50,998 | \$80,490 | 4.400% | \$50,998 | \$885.32 |
| \$80,490 | \$111,732 | 6.600% | \$80,490 | \$2,182.97 |
| \$111,732 | \$141,212 | 8.800% | \$111,732 | \$4,244.94 |
| \$141,212 | \$721,318 | 10.230% | \$141,212 | \$6,839.18 |
| \$721,318 | \$865,574 | 11.330% | \$721,318 | \$66,184.02 |
| \$865,574 | \$1,000,000 | 12.430% | \$865,574 | \$82,528.22 |
| \$1,000,000 | \$1,442,628 | 13.530% | \$1,000,000 | \$99,237.37 |
| \$1,442,628 | and over | 14.630% | \$1,442,628 | \$159,124.94 |

Unmarried/Head of Household

| IF THE TAXABLE INCOME IS | | COMPUTED TAX IS | | |
|--------------------------|--------------|-------------------|-------------|--------------|
| OVER | BUT NOT OVER | OF AMOUNT OVER... | | PLUS |
| \$0 | \$21,527 | 1.100% | \$0 | \$0.00 |
| \$21,527 | \$51,000 | 2.200% | \$21,527 | \$236.80 |
| \$51,000 | \$65,744 | 4.400% | \$51,000 | \$885.21 |
| \$65,744 | \$81,364 | 6.600% | \$65,744 | \$1,533.95 |
| \$81,364 | \$96,107 | 8.800% | \$81,364 | \$2,564.87 |
| \$96,107 | \$490,493 | 10.230% | \$96,107 | \$3,862.25 |
| \$490,493 | \$588,593 | 11.330% | \$490,493 | \$44,207.94 |
| \$588,593 | \$980,987 | 12.430% | \$588,593 | \$55,322.67 |
| \$980,987 | \$1,000,000 | 13.530% | \$980,987 | \$104,097.24 |
| \$1,000,000 | and over | 14.630% | \$1,000,000 | \$106,669.70 |

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. More information is in the instructions that came with your last California resident income tax return.