



**DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE EMPLEO DE UN(A)  
 TRABAJADOR(A) PARA PROPÓSITOS DE LAS  
 CONTRIBUCIONES FEDERALES SOBRE EL EMPLEO**

Nombre de la empresa (o individuo) para quien el(la) trabajador(a) realizó los servicios		Nombre del(la) trabajador(a)	
Dirección de la empresa (incluya la dirección completa, no. de apto., ciudad o pueblo y zona postal)		Dirección del(la) trabajador(a) (incluya la dirección completa, no. de apto., ciudad o pueblo y zona postal)	
Nombre comercial (o nombre usado al operar su negocio)		Número de teléfono (incluya zona telefónica) (      )	Número de seguro social del(la) trabajador(a) : : : :
Número de teléfono (incluya zona telefónica) (      )	Número de identificación patronal de la empresa : : : :	Número de identificación del patrono del(la) trabajador(a) (si es aplicable) : : : :	

Si el(la) trabajador(a) es compensado(a) por esos servicios por una empresa que no es la empresa listada en esta forma, escriba el nombre, dirección y número de identificación patronal de la empresa del pagador. ....  
 .....

**Información importante que se necesita para procesar su solicitud**

Necesitamos su permiso para divulgar su nombre y la información contenida en esta forma y en cualquier anexo a las partes involucradas con esta solicitud. **¿Tenemos su permiso para divulgar esta información?**       **Sí**     **No**

Si usted contestó **"No"**, o no marcó ningún encasillado, el *IRS* no procesará su solicitud y no se le emitirá una determinación sobre su estado de empleo.

**Debe responder a TODAS las partidas O marcarlas "Desconozco" o "No aplica". Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.**

- A** Está completando esta forma:     La empresa     El(la) trabajador(a)    por servicios prestados del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- B** Explique el(los) motivo(s) por el(los) cual(es) usted radica esta planilla (p.e., recibió una factura del *IRS*, recibió una Forma 1099 ó Forma W-2 erróneamente, no puede obtener el derecho de recibir beneficios de la compensación del seguro obrero, sufre o ha sufrido una inspección (auditoría) del *IRS*): .....  
 .....  
 .....
- C** Número total de trabajadores que han prestado o están prestando los mismos o semejantes servicios: \_\_\_\_\_
- D** ¿Cómo obtuvo el empleo el(la) trabajador(a)?:     Solicitud     Propuesta     De palabra     Agencia de empleos     Otro .....
- E** Por favor, adjunte copias de toda clase de documentación que compruebe su estado de empleo (contratos, facturas, memoranda, Formas 499R-2/W-2PR, Formas 1099, acuerdos de cierre de auditoría del *IRS*, decisiones o fallos dictados por el *IRS*, etc.). Además, por favor, infórmenos de cualquier litigio en el pasado o presente que concierne el estado de empleo del(la) trabajador(a). Si el(la) trabajador(a) no recibió ninguna planilla de constancia de ingresos (Forma 1099-MISC ó Forma 499R-2/W-2PR), anote la cantidad de ingresos ganados para el(los) año(s) en cuestión: \$ \_\_\_\_\_
- F** Describa la ocupación principal de la empresa: .....  
 .....  
 .....
- G** Describa los deberes o tareas del(la) trabajador(a) y el título que éste(a) lleva: .....  
 .....  
 .....
- H** Explique por qué usted cree que el(la) trabajador(a) es empleado(a) o es contratista independiente: .....  
 .....  
 .....
- I** ¿Trabajó usted para la empresa antes de aceptar su puesto actual con la misma?     **Sí**     **No**     **No aplica**  
 Si marcó **"Sí"**, anote las fechas de su servicio en esa posición.....  
 Si marcó **"Sí"**, explique las diferencias en los servicios provistos, si alguna, entre su antiguo puesto y el que tiene ahora: .....  
 .....  
 .....
- J** Si el trabajo se hace bajo un acuerdo por escrito entre la empresa y el(la) trabajador(a), adjunte una copia (firmada por los dos contratantes, si es posible). Describa los términos y condiciones del arreglo de trabajo: .....