


Esta guía ayudará a los proveedores de atención y a las familias a completar el formulario I-9 de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos. Para este formulario, el proveedor de atención se considera el "empleado" y el cliente/familia se considera el "empleador".

## Sección 1: Para ser Completada por el Proveedor de Atención

<p>1. Complete lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apellido</li> <li>▪ Primer Nombre</li> <li>▪ Iniciales (si aplica)</li> <li>▪ Otros apellidos usados (si alguno)</li> <li>▪ Dirección</li> <li>▪ Numero de Apartamento (si aplica)</li> <li>▪ Ciudad</li> <li>▪ Estado</li> <li>▪ Codigo Postal</li> <li>▪ Fecha de Nacimiento</li> <li>▪ Numero de Seguro Social</li> <li>▪ Correo electronico</li> <li>▪ Numero de Telefono.</li> </ul>	<div style="text-align: right;">  <p><b>Verificación de Elegibilidad de Empleo</b>                  Departamento de Seguridad Nacional                  Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p><b>USCIS</b>  <b>Formulario I-9</b>                  OMB No. 1615-0047                  Expire 12/31/2024</p> </div> <p><b>COMIENCE AQUÍ:</b> Los empleadores deben asegurarse de que las instrucciones del formulario estén disponibles para los empleados cuando completen este formulario. Los empleadores son responsables si no cumplen con los requisitos para completar este formulario. <b>Ver la información y las instrucciones.</b></p> <p><b>AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN:</b> Todos los empleados pueden elegir qué documentación aceptable presentarán para el Formulario I-9. Los empleadores no pueden solicitar a los empleados documentación para verificar la información de la Sección 1, ni especificar qué documentación aceptable deben presentar para la Sección 2 o el Suplemento B, Reverificación y Recontratación. Tratar a los empleados de manera diferente según su ciudadanía, estatus migratorio u origen nacional puede ser ilegal.</p> <p><b>1 Sección 1. Información y Certificación del Empleado:</b> Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Apellido (Nombre de Familia) Washington</td> <td style="width: 25%;">Primer Nombre (Nombre de Pila) George</td> <td style="width: 25%;">Inicial de Segundo Nombre (si alguno) A</td> <td style="width: 25%;">Otros Apellidos Utilizados (si alguno)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección (Número y Nombre de la Calle) 123 Star Spangled Way</td> <td>Número de Apartamento (si corresponde) 1</td> <td>Ciudad o Pueblo Westmore</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) 02/02/1982</td> <td>Número de Seguro Social de EE. UU. 1 2 3 4 5 6 7 8 9</td> <td>Dirección de Correo Electrónico del Empleado gwashington@email.com</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Estado VA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Código Postal 2002</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Número de Teléfono del Empleado (202) 134-4539</td> </tr> </table>	Apellido (Nombre de Familia) Washington	Primer Nombre (Nombre de Pila) George	Inicial de Segundo Nombre (si alguno) A	Otros Apellidos Utilizados (si alguno)	Dirección (Número y Nombre de la Calle) 123 Star Spangled Way		Número de Apartamento (si corresponde) 1	Ciudad o Pueblo Westmore	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) 02/02/1982		Número de Seguro Social de EE. UU. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Dirección de Correo Electrónico del Empleado gwashington@email.com			Estado VA				Código Postal 2002				Número de Teléfono del Empleado (202) 134-4539	
Apellido (Nombre de Familia) Washington	Primer Nombre (Nombre de Pila) George	Inicial de Segundo Nombre (si alguno) A	Otros Apellidos Utilizados (si alguno)																						
Dirección (Número y Nombre de la Calle) 123 Star Spangled Way		Número de Apartamento (si corresponde) 1	Ciudad o Pueblo Westmore																						
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) 02/02/1982		Número de Seguro Social de EE. UU. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Dirección de Correo Electrónico del Empleado gwashington@email.com																						
		Estado VA																							
		Código Postal 2002																							
		Número de Teléfono del Empleado (202) 134-4539																							
<p>2. Seleccione la ciudadanía o estatus migratorio que aplica.</p> <p><b>Nota:</b> Si se selecciona el número 3, proporcione el Número de registro de extranjero/Número de USCIS.</p> <p><b>Nota:</b> Si selecciona el número 4, proporcione la fecha de vencimiento (si corresponde) y uno de los tres tipos de números solicitados (Número de registro de extranjero/USCIS, Formularios I-94 o Número de pasaporte extranjero).</p>	<p><b>2</b> Estoy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por declaraciones falsas o el uso de documentos falsos al llenar este formulario. Declaro, bajo pena de perjurio, que esta información, incluida mi selección en la casilla que certifica mi ciudadanía o estatus de inmigración, es verdadera y correcta.</p> <p>Marque una de las siguientes casillas para dar fe de su ciudadanía o estatus de inmigración. (Consulte las páginas 2 y 3 de las instrucciones):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. Ciudadano de Estados Unidos</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Nacional no ciudadano de Estados Unidos (Vea las instrucciones)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Residente permanente legal (Ingrese el Número de Registro de Extranjero, Número A, o Número de USCIS: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No ciudadano (distinto de los ítems número 2 y 3 anteriores) autorizado para trabajar hasta (fecha de expiración, si alguna, mm/dd/aaaa): _____</p> <p>Si marca el artículo número 4, ingrese uno de estos:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">USCIS/Número A</td> <td style="width: 33%;">OR</td> <td style="width: 33%;">Formulario I-94 Número de Admisión</td> <td style="width: 33%;">OR</td> <td style="width: 33%;">Número de pasaporte extranjero y país de emisión</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	USCIS/Número A	OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión																			
USCIS/Número A	OR	Formulario I-94 Número de Admisión	OR	Número de pasaporte extranjero y país de emisión																					



3. Firma y fecha.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>3 Firma del Empleado <i>George Washington</i></span> <span>Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa) 07/26/2023</span> </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Si un preparador y/o traductor lo ayudó a completar la sección 1, esa persona DEBE completar <a href="#">la certificación de preparador y/o traductor</a> en la página 4.</p> </div>
-------------------	---

El proveedor de atención debe presentar documentación aceptable al cliente/familia para la Sección 2 del Formulario I-9. **Estos documentos NO PUEDEN estar vencidos.** Para ver las listas de documentos aceptables, consulte la tabla "Documentos aceptables del Formulario I-9" en la última página de esta guía.

### Sección 2- Para ser Completado por el Cliente/Familia

La Sección 2 debe ser completada. El cliente/la familia **debe examinar físicamente** la documentación proporcionada por el proveedor de atención. **Estos documentos NO PUEDEN estar vencidos.** Para ver las listas de documentos aceptables, consulte la tabla "Documentos aceptables del Formulario I-9" en la última página de esta guía.

El proveedor de atención presentará un (1) documento de la Lista A **O** dos (2) documentos de la Lista B y la Lista C. El siguiente es un ejemplo de documentación de la Lista A usando un pasaporte, seguido de un ejemplo de documentación de la Lista B y C usando una Licencia de Conducir y Tarjeta de Seguro Social.

#### Lista A Documentos

A continuación, se utiliza un pasaporte como ejemplo para la documentación de la Lista A.

<p>1. Complete la sección <b>Lista A</b>. <b>Título del Documento, Autoridad Emisora, Número de documento, fecha de Expiración</b> (si corresponde).</p> <p><b>Nota:</b> Para otros documentos aceptables de la Lista A, consulte la última página.</p>	 <p><b>Verificación de Elegibilidad de Empleo</b> Departamento de Seguridad Nacional Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos</p> <p style="text-align: right;">USCIS Formulario I-9 OMB No. 1615-0047 Expire 12/31/2024</p> <hr/> <p><b>Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador:</b> Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alternativo autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">O</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Lista B</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Y</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">List C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>1</b> Título del Documento 1</td> <td>U.S Passport</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autoridad Emisora</td> <td>Department Of State</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número de Documento (si corresponde)</td> <td>ABC12456789</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)</td> <td>01/01/2026</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;"><b>Información Adicional</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table>		O	Lista B	Y	List C	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>1</b> Título del Documento 1</td> <td>U.S Passport</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autoridad Emisora</td> <td>Department Of State</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número de Documento (si corresponde)</td> <td>ABC12456789</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)</td> <td>01/01/2026</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>1</b> Título del Documento 1	U.S Passport				Autoridad Emisora	Department Of State				Número de Documento (si corresponde)	ABC12456789				Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)	01/01/2026								<b>Información Adicional</b>									
	O	Lista B	Y	List C																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"><b>1</b> Título del Documento 1</td> <td>U.S Passport</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autoridad Emisora</td> <td>Department Of State</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Número de Documento (si corresponde)</td> <td>ABC12456789</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)</td> <td>01/01/2026</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<b>1</b> Título del Documento 1	U.S Passport				Autoridad Emisora	Department Of State				Número de Documento (si corresponde)	ABC12456789				Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)	01/01/2026																								
<b>1</b> Título del Documento 1	U.S Passport																																								
Autoridad Emisora	Department Of State																																								
Número de Documento (si corresponde)	ABC12456789																																								
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)	01/01/2026																																								
<b>Información Adicional</b>																																									




<p>Confirmar la certification.</p> <p>2. Complete <b>Primer día de Trabajo del Empleado.</b></p>	<p>② Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.</p> <p>Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): <b>07/26/2023</b></p>						
<p>3. Complete la <b>Firma del Empleador o Representante Autorizado, Fecha, Título del Empleador o Representante Autorizado, Apellido y Nombre.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Utilice "Supervisor" para el campo <b>Título del empleador o Representante autorizado.</b></p>	<p>③</p> <table border="1"> <tr> <td>Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado</td> <td>Firma del Empleador o Representante Autorizado</td> <td>Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)</td> </tr> <tr> <td>Washington, Martha, Supervisor</td> <td></td> <td>07/26/2023</td> </tr> </table>	Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Washington, Martha, Supervisor		07/26/2023
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)					
Washington, Martha, Supervisor		07/26/2023					
<p><b>Nota:</b> El <b>Nombre de la Empresa o Organización del Empleador y dirección</b> estará precargado.</p>	<table border="1"> <tr> <td>Nombre de la Empresa u Organización del Empleador</td> <td>Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal</td> </tr> <tr> <td>Aveanna Healthcare</td> <td>3010 Old Rach Pkwy Suite 455, Seal Beach, CA 90740</td> </tr> </table> <p>Para la reverificación o contratación, complete el <a href="#">Suplemento B, Reverificación y contratación</a>, en la página 5.</p>	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal	Aveanna Healthcare	3010 Old Rach Pkwy Suite 455, Seal Beach, CA 90740		
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal						
Aveanna Healthcare	3010 Old Rach Pkwy Suite 455, Seal Beach, CA 90740						

### Documentos Lista B y C

A continuación, se utiliza una licencia de conducir y tarjeta de seguro social como ejemplo para la documentación de la Lista B y C.

NOTA: El proveedor de atención debe proporcionar (1) documento de la Lista B Y (1) documento de la Lista C para cumplir con el requisito.



<p>1. Complete las secciones de la <b>Lista B y C. Título del Documento, Autoridad Emisora, Número de Documento, Fecha de Vencimiento</b> (si corresponde). Complete las secciones de la Lista B y C. Título del documento, autoridad emisora, número de documento, fecha de vencimiento (si corresponde).</p> <p><b>Nota:</b> Para ver otros documentos aceptables de las Listas B y C, consulte la última página.</p>	<div style="text-align: center;">  <p><b>Verificación de Elegibilidad de Empleo</b>                  Departamento de Seguridad Nacional                  Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos</p> <p style="text-align: right;"><b>USCIS</b>  <b>Formulario I-9</b>                  OMB No. 1615-0047                  Expire 12/31/2024</p> </div> <p><b>Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador:</b> Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de tres días laborales después del primer día de trabajo del empleado y deben examinar físicamente, o examinar de manera consistente con un procedimiento alternativo autorizado por el secretario de DHS, la documentación de la Lista A o una combinación de documentación de la Lista B y la Lista C. Ingrese cualquier documentación adicional en la casilla Información Adicional. Vea las instrucciones.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">Lista A</th> <th style="width: 15%;">o</th> <th style="width: 15%;">Lista B</th> <th style="width: 15%;">y</th> <th style="width: 15%;">Lista C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Título del Documento 1</td> <td></td> <td style="text-align: center;">①</td> <td>CT Drivers License</td> <td></td> <td>Social Security Card</td> </tr> <tr> <td>Autoridad Emisora</td> <td></td> <td></td> <td>CT Dep. of Motor Vehicles</td> <td></td> <td>Social Security Adm.</td> </tr> <tr> <td>Número de Documento (si corresponde)</td> <td></td> <td></td> <td>O30778164</td> <td></td> <td>000476</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)</td> <td></td> <td></td> <td>05/23/2026</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Título del Documento 2</td> <td colspan="5">Información Adicional</td> </tr> <tr> <td>Autoridad Emisora</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Número de Documento (si corresponde)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Título del Documento 3</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Autoridad Emisora</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Número de Documento (si corresponde)</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)</td> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Marque aquí si usó un procedimiento alternativo autorizado por DHS para examinar documentos.</p>		Lista A	o	Lista B	y	Lista C	Título del Documento 1		①	CT Drivers License		Social Security Card	Autoridad Emisora			CT Dep. of Motor Vehicles		Social Security Adm.	Número de Documento (si corresponde)			O30778164		000476	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)			05/23/2026			Título del Documento 2	Información Adicional					Autoridad Emisora						Número de Documento (si corresponde)						Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)						Título del Documento 3						Autoridad Emisora						Número de Documento (si corresponde)						Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)					
	Lista A	o	Lista B	y	Lista C																																																																										
Título del Documento 1		①	CT Drivers License		Social Security Card																																																																										
Autoridad Emisora			CT Dep. of Motor Vehicles		Social Security Adm.																																																																										
Número de Documento (si corresponde)			O30778164		000476																																																																										
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)			05/23/2026																																																																												
Título del Documento 2	Información Adicional																																																																														
Autoridad Emisora																																																																															
Número de Documento (si corresponde)																																																																															
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)																																																																															
Título del Documento 3																																																																															
Autoridad Emisora																																																																															
Número de Documento (si corresponde)																																																																															
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)																																																																															
<p>Complete la Certificación.</p> <p>2. Complete <b>Primer día de Trabajo del Empleado.</b></p>	<p style="text-align: center;">②</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">                 Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.             </td> <td style="width: 20%;">                 Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa):                  07/26/2023             </td> </tr> </table>	Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.	Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): 07/26/2023																																																																												
Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) he examinado la documentación presentada por el empleado mencionado anteriormente, (2) la documentación antes indicada parece ser genuina y estar relacionada con el empleado y (3) a mi mejor entender, el empleado está autorizado a trabajar en Estados Unidos.	Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): 07/26/2023																																																																														
<p>3. Complete la <b>Firma del Empleador o Representante Autorizado, Fecha, Título del Empleador o Representante Autorizado, Apellido y Nombre.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Utilice "Supervisor" para el campo <b>Título del empleador o Representante autorizado.</b></p>	<p style="text-align: center;">③</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">                 Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado                  Washington, Martha, Supervisor             </td> <td style="width: 40%;">                 Firma del Empleador o Representante Autorizado             </td> <td style="width: 30%;">                 Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)                  07/26/2023             </td> </tr> </table>	Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado Washington, Martha, Supervisor	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa) 07/26/2023																																																																											
Apellido, Nombre y Cargo del Empleador o Representante Autorizado Washington, Martha, Supervisor	Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa) 07/26/2023																																																																													
<p><b>Nota: El Nombre de la Empresa o Organización del Empleador y dirección</b> estará precargado.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">                 Nombre de la Empresa u Organización del Empleador                  Aveanna Healthcare             </td> <td style="width: 50%;">                 Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal                  3010 Old Rach Pkwy Suite 455, Seal Beach, CA 90740             </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Para la reverificación o recontratación, complete el <a href="#">Suplemento B, Reverificación y recontratación</a>, en la página 5.</p>	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador Aveanna Healthcare	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal 3010 Old Rach Pkwy Suite 455, Seal Beach, CA 90740																																																																												
Nombre de la Empresa u Organización del Empleador Aveanna Healthcare	Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle) Ciudad o Pueblo, Estado y Código Postal 3010 Old Rach Pkwy Suite 455, Seal Beach, CA 90740																																																																														





### Lista de Documentos Aceptables (Página 3)

La última página proporciona información detallada sobre qué documentos se pueden utilizar como identificación. **Estos documentos NO PUEDEN estar vencidos.**

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES		
<p>Todos los documentos que contengan una fecha de vencimiento deben estar vigentes.                      * Los documentos extendidos por la autoridad emisora se consideran vigentes.                      Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A o una combinación de una selección de la Lista B y una selección de la Lista C.                      Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en el Manual para Empleadores (M-274).</p>		
LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> <li>Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU.</li> <li>Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551)</li> <li>Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina</li> <li>Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-786)</li> <li>Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasaporte extranjero; y</li> <li>Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga lo siguiente:                                     <ol style="list-style-type: none"> <li>El mismo nombre en el pasaporte y</li> <li>Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM, por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI, por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo el Tratado de Libre Asociación entre Estados Unidos y FSM o RMI</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección.</li> <li>Tarjeta de identificación escolar con fotografía</li> <li>Tarjeta de Registro de Votante</li> <li>Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección militar</li> <li>Tarjeta de identificación de dependiente militar</li> <li>Tarjeta de Marino Mercante de la Guardia Costera de EE.UU.</li> <li>Documento tribal de indio americano</li> <li>Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense</li> </ol> <p><b>Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Registro escolar o tarjeta de calificaciones</li> <li>Registro clínico, médico o de hospital</li> <li>Registro guardería o escuela infantil</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>NO VÁLIDO PARA EMPLEO</li> <li>VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS</li> <li>VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS.</li> </ol> </li> <li>Certificado de Informe de Nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240).</li> <li>Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de Estados Unidos con sello oficial.</li> <li>Documento tribal de indio americano</li> <li>Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197)</li> <li>Tarjeta de Identificación para Uso de Ciudadano Residente en Estados Unidos (Formulario I-179)</li> <li>Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional. Para ver ejemplos, consulte la <a href="#">Sección 7</a> y la <a href="#">Sección 13</a> del M-274 en <a href="https://uscis.gov/i-9-central">uscis.gov/i-9-central</a> El Formulario I-786, Documento de Autorización de Empleo, es un documento de la Lista A, Artículo <a href="#">Número 4</a>, no es documento de la Lista C.</li> </ol>
<p><b>Recibos Aceptables</b></p> <p>Los recibos pueden presentarse en lugar de un documento mencionado anteriormente por un período temporal. Para las fechas de validez del recibo, consulte el M-274.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista A perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado; Recibo por el reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado;</li> <li>Formulario I-94 que contiene un sello I-551 emitido a un residente permanente legal y que contiene sello del Formulario I-551;</li> <li>Formulario I-94 con anotación "RE" o sello de refugiado emitido a un refugiado.</li> </ul>	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista B perdido, robado o dañado</p>	<p>Recibo de reemplazo de un documento de la Lista C perdido, robado o dañado.</p>
<p>*Refer to the Employment Authorization Extensions page on <a href="#">I-9 Central</a> for more information.</p>		
Form I-9 Edition 08/01/23		Page 3 of 5

### Suplemento A y B

Las dos últimas páginas pueden ignorarse si no se necesitan.

Referencias: Form I-9 Acceptable Documents | USCIS. (2023, February 3). USCIS. <https://www.uscis.gov/i-9-central/form-i-9-acceptable-documents>

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-255-8360 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-255-8360 (TTY: 711)。

Aveanna Healthcare, LLC does not discriminate on the basis of race, color, religion, national origin, age, sex, sexual orientation, gender identity or expression, disability, or any other basis prohibited by federal, state, or local law.

© 2024 Aveanna Healthcare, LLC. The Aveanna Heart Logo is a registered trademark of Aveanna Healthcare LLC and its subsidiaries.

