

Petición de Evaluación Preliminar de la Clasificación de Trabajador O de Referencia para Realizar una Auditoría

Propósito

Un trabajador que cree estar clasificado erróneamente como contratista puede utilizar este formulario para solicitar que el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) lleve a cabo una auditoría de una empresa. Sírvase indicar la medida que Ud. desea que el EDD tome marcando una de las casillas de abajo.

Este formulario está diseñado para cubrir muchas actividades de trabajo. Es posible que algunas de las preguntas no sean pertinentes a Ud. Debe contestar todas las preguntas o marcarlas "DESCONOCIDO" o "NO ES PERTINENTE". Si se necesita espacio adicional, favor de adjuntar otra hoja.

Si Ud. requiere de asistencia para llenar este formulario, comuníquese con la Oficina de Servicio al Cliente del EDD más cercana, sección de Impuestos de Empleo, cual se encuentra en nuestro sitio web www.edd.ca.gov/office_locator/, o llame al (888) 745-3886.

Al terminar de llenar este formulario, devuélvalo a:

**STATE OF CALIFORNIA
EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT
FACD – Central Operations, MIC 94
P.O. Box 826880
Sacramento, CA 94280-0001**

Marque la casilla "OPINIÓN" o la de "REALIZACIÓN DE AUDITORÍA"

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">OPINIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Solicito una opinión sobre si soy un empleado o un contratista independiente de la empresa para la que trabajo actualmente.</p> <p>Esta opinión es para su información y la empresa no será notificada sobre la opinión del EDD sin su permiso. Sin embargo, es práctica del EDD fomentar que el empleador/patrón cumpla voluntariamente.</p> <p>El compartir la opinión con la empresa le ayudará a cumplir con sus obligaciones conforme al Código del Seguro de Desempleo del Estado de California. ¿Puede el EDD suministrar a la empresa una copia de la opinión?</p> <p style="text-align: center;">Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si Ud. marcó "No" no nos comunicaremos con la empresa. Si marcó "Sí" la notificación del EDD a la empresa no incluirá su nombre, dirección, número de seguro social o una copia de este formulario.</p> <p>Nuestra determinación no afectará su derecho futuro a beneficios relacionados con empleados, tales como Seguro de Desempleo y Seguro Estatal de Incapacidad*. Si Ud. presenta una solicitud de beneficios, se tomará una decisión por separado para determinar su derecho a tales beneficios.</p> <p>* Incluye Permiso Familiar Pagado (PFL)</p> | <p style="text-align: center;">REALIZACIÓN DE AUDITORÍA</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy proporcionando información al EDD como posible realización de auditoría de impuestos de empleo. Reconozco que si el EDD no lleva a cabo la auditoría, este formulario se puede compartir con la empresa.</p> <p>La ley estipula que toda la información contenida en el archivo de la empresa estará disponible para una revisión por la empresa que está siendo auditada. Si Ud. se opone a que su nombre se revele a la empresa, deje en blanco la porción de este formulario para la identidad del trabajador. (Para prevenir que su identidad sea revelada, debe obscurecer su nombre, dirección y número de seguro social de las copias de cualesquier contratos que Ud. tenga con la empresa u otra documentación que Ud. anexe al cuestionario).</p> <p>Si desea permanecer anónimo y también solicita una opinión, por favor presente dos peticiones por separado (DE 230); en la petición de "Opinión" conteste las preguntas sobre identificación del trabajador, y déjelas en blanco en la de "Realización de Auditoría".</p> <p>La información que Ud. brinde se remitirá a una Oficina de Impuestos de Empleo local.</p> |
|---|--|

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | NOMBRE DE LA EMPRESA |
| NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | NOMBRE DEL DUEÑO |
| DIRECCIÓN (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL) POSTAL) | DIRECCIÓN DE LA EMPRESA (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL) |
| NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYE ÁREA TELEFÓNICA) | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYE ÁREA TELEFÓNICA) |

(No ingrese información de identidad de trabajador si Ud. desea que su identidad permanezca anónima).

- 1a. ¿Trabaja Ud. en la actualidad para esta empresa? Sí No
b. Fecha en que Ud. fue contratado: _____
c. Si Ud. ha sido despedido, favor de proveer la fecha y explicar por qué fue despedido: _____

(Si Ud. actualmente no está trabajando para esta empresa, y Ud. está solicitando una opinión o su condición personal de empleo, favor de no presentar este formulario ya que las opiniones sólo se brindan a trabajadores que en la actualidad trabajan para la empresa. **Conteste el resto del formulario únicamente si Ud. va a presentarlo para solicitar que se realice una auditoría o si actualmente trabaja para la empresa).**

2. Proporcione una descripción breve del negocio de la empresa (por ejemplo, farmacia, agricultura, construcción):

3. Declare su ocupación y título, y dé una descripción completa de los servicios que Ud. presta:

4. Calcule la cantidad de empleados que desempeñan los mismos servicios que Ud. para la empresa: _____

5. ¿Cómo se enteró Ud. del empleo? (por ejemplo, anuncio en el periódico, de palabra):

6. ¿Cuáles eran los requisitos para su puesto? (por ejemplo, experiencia previa, educación):

7. ¿Presta sus servicios bajo convenio o contrato por escrito? Sí No
Si la respuesta es "Sí" favor de adjuntar una copia.

8. Si el convenio no es por escrito, o si los términos del mismo no se cumplen en la práctica, describa los términos y condiciones reales del convenio:

- 9a. ¿Cómo calculan su pago? Salario fijo Comisión Salario por hora Otro
Cantidad: \$ _____ por mes \$ _____ por hora
Si "otro" favor de explicar: _____

- b. ¿Le garantizan un pago mínimo? Sí No
Si la respuesta es "Sí" favor de declarar el pago mínimo y la frecuencia del mismo.

- 10a. ¿Le pagan... en efectivo? o con cheque?
b. ¿Se hacen deducciones? Sí No
Si la respuesta es "Sí" ¿qué deducciones se hacen? _____

11. Si Ud. prestó servicios para la empresa en el año civil anterior, ¿recibió el formulario...?: 1099 W-2
Otro Si "Otro" por favor explique: _____

12. ¿Le brinda la empresa un programa de pensión, bonos, vacaciones pagadas, paga por enfermedad, etc.?
 Sí No
Si la respuesta es "Sí" explique: _____

13. ¿Tiene la empresa seguro para Ud. de compensación para trabajadores? Sí No Desconocido
- 14a. ¿Puede la empresa despedirlo en cualquier momento? Sí No
Si la respuesta es "Sí" favor de explicar: _____
- b. ¿Se exige notificación alguna? Sí No
Si la respuesta es "Sí" favor de explicar: _____
- 15a. ¿Sería Ud. responsable ante la empresa si renuncia antes de que se termine el trabajo? Sí No
Si la respuesta es "Sí" favor de explicar: _____

- b. ¿Sería la empresa responsable ante Ud. si ésta lo despide sin notificación o antes de que se termine el trabajo?
 Sí No
Si la respuesta es "Sí" favor de explicar: _____
16. ¿Se llegó a un acuerdo o se entendió que Ud. prestaría los servicios personalmente? Sí No
Si la respuesta es "No" favor de explicar: _____
- 17a. ¿Tiene Ud. ayudantes? Sí No
Si la respuesta es "Sí" conteste las preguntas 17b-17g.
Si la respuesta es "No" pase a la pregunta 18.
- b. ¿Quién contrató a los ayudantes? Usted La empresa
- c. ¿Quién puede despedir a los ayudantes? Usted La empresa
- d. ¿Quién les paga a los ayudantes? Usted La empresa
- e. Si Ud. les pagó a los ayudantes, ¿la empresa le reembolsa el dinero? Sí No
- f. ¿Qué servicios desempeñan los ayudantes?

- g. ¿Se retienen de los sueldos de los ayudantes impuestos del seguro social (FICA), seguro estatal por incapacidad (SDI) e impuestos sobre ingresos?
 Sí No Desconocido
Si la respuesta es "Sí" ¿quién reporta y paga estos impuestos? _____
- 18a. ¿Le permite la empresa proveer servicios para otras empresas durante los mismos períodos de tiempo que se prestan servicios para la empresa? Sí No Desconocido
Si la respuesta es "Sí" conteste las preguntas 18b-18e
Si la respuesta es "No" o "Desconocido", pase a la pregunta 19.
- b. ¿Qué porcentaje de su tiempo total de trabajo dedica Ud. al trabajo para otras empresas? _____
- c. ¿Qué porcentaje de su ingreso total proviene de otras empresas? _____
- d. Describa cualesquier servicios que Ud. prestaba a otras empresas: _____
- e. ¿Se le exige a Ud. que le dé prioridad a la empresa sobre su trabajo para otras empresas?
 Sí No

- 19a. ¿Provee Ud. algunas herramientas o equipo necesario para prestar servicios a la empresa? Sí No
Si la respuesta es "Sí" describa las herramientas y equipo y su valor aproximado: _____

- b. Enumere cualesquier herramientas, equipo y/o facilidades que la empresa provee y su valor aproximado: _____

- 20a. ¿Incurrir Ud. en cualesquier gastos que Ud. paga en conexión con los servicios que presta para la empresa? Por favor explique: _____

- b. ¿Le reembolsa a Ud. la empresa el dinero de los gastos? Sí No
Si la respuesta es "Sí" describa tales gastos y las cantidades reembolsadas: _____

21. ¿Presta Ud. servicios para la empresa bajo: El nombre de su negocio? El nombre de la empresa?
22. ¿Se anuncia Ud. o conserva su negocio en la lista del directorio telefónico, un diario comercial, Internet, etc.?
 Sí No
23. ¿Sostiene Ud. ante el público que está disponible para prestar servicios de esta clase? Sí No
Si la respuesta es "Sí" por favor explique: _____

24. ¿Tiene Ud. su propia oficina o taller? Sí No
Si la respuesta es "Sí" ¿dónde? (¿esta la oficina en su casa o es un espacio rentado?): _____

- 25a. ¿Se requiere una licencia o certificado para llevar a cabo los servicios que Ud. presta a la empresa? Sí No
Si la respuesta es "Sí" ¿posee Ud. tal licencia o certificado? Sí No
- b. ¿Quién expide la licencia o certificado? (declare clase y número): _____

- c. ¿Quién pagó la cuota por la licencia o certificado? _____
26. ¿Cómo emplea la empresa sus servicios?: Jornada completa Media jornada Trabajo particular
 Período indefinido Otro, por favor explique _____
27. ¿Le exige la empresa que preste sus servicios durante un tiempo programado? Sí No
Si la respuesta es "Sí" por favor explique: _____

28. ¿Le brindó entrenamiento la empresa? Sí No
Si la respuesta es "Sí" ¿de qué clase, con qué frecuencia y cómo se pagó por los gastos de entrenamiento?: _____

29. ¿Se le exige a Ud. que siga rutinas u horarios diarios, semanales, etc. establecidos por la empresa?
 Sí No
Si la respuesta es "Sí" por favor describa: _____

30. ¿Le da instrucciones la empresa sobre cómo prestar sus servicios? Sí No
Si la respuesta es "Sí" explique la clase de instrucciones: _____

31. ¿Puede la empresa cambiar los métodos que Ud. usa para prestar sus servicios o de otro modo dirigirlo sobre la manera de realizar su trabajo? Sí No
Explique su respuesta: _____

- 32a. ¿Se le exige que presente un informe a la empresa o a su representante sobre el estado o progreso de sus servicios a la empresa? Sí No
Si la respuesta es "Sí" ¿con qué frecuencia? _____
- b. ¿Con qué propósito? _____
- c. ¿De qué manera? (personalmente, por escrito, por teléfono, registro de tiempo, correo electrónico, etc.) _____

- Por favor adjunte copias de los informes que usa para presentarlos a la empresa.
33. Si por lo regular Ud. no produce o acepta cierta cantidad de trabajo, ¿terminará la empresa sus servicios?
 Sí No
Si la respuesta es "Sí" por favor explique: _____

34. ¿Cómo suele Ud. hacer su declaración de impuestos? Salarios/jornales Ingreso de trabajo por cuenta propia
35. ¿Podría Ud., de alguna manera, incurrir en una pérdida financiera por los servicios que prestó a la empresa?
 Sí No
Si la respuesta es "Sí" por favor explique: _____

36. ¿Ha determinado el estado de empleo de los servicios que Ud. brinda a esta empresa alguna otra dependencia gubernamental?
 Sí No
Si la respuesta es "Sí" por favor adjunte una copia de la determinación y explique: _____

(Si Ud. desea que su identidad permanezca anónima, no complete la sección a continuación.)

Declaro que todas las copias de contratos y que todas las declaraciones presentadas son verdaderas, correctas y completas según mi leal saber y entender. Si se ha hecho una representación o si se han omitido hechos, comprendo que la determinación será inválida y no obligará al Departamento.

(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

(FIRMA)

(FECHA)
