



**Comisión de la Fuerza Laboral de Tejas  
Servicios de Rehabilitación Vocacional  
Forma W-9 sustituta y de  
depósito directo del TWC**

Agency Use Only/Solo para uso oficial  
 New Set-up     New MC     Link in RHW  
 AP     Other

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Casilla 1</b>   | Nombre legal (como aparece en su declaracion de impuestos):                |  |
| <b>Casilla 2</b>   | Nombre comercial:  |  |
| <b>Casilla 3</b>   | Dirección postal para envío de la información sobre impuestos:             | <b>Casilla 4</b> Dirección de pago (si es distinta a la de la información sobre impuestos):  |
| Ciudad:  |  | Estado:  |
| Código Postal:   |  | Código Postal:   |
| Teléfono:  |  | Correo electrónico:  |
| <b>Casilla 5</b>   | Número de indentificación del contribuyente:                               | <input type="checkbox"/> Número de Seguro Social (SSN)<br><input type="checkbox"/> Número de Identificación del Empleador (EIN)<br><b>Nota: Escriba el mismo numero que usa al presentar la decaación de impuestos.</b>  |
| <b>Casilla 6</b>   | Clasificación fiscal federal:<br>Designación del negocio:                  | <input type="checkbox"/> T=Corporación de Texas <input type="checkbox"/> C=Corporación profesional <input type="checkbox"/> G =Entidad gubernamental<br><input type="checkbox"/> O=Corporación de otro estado <input type="checkbox"/> A=Asociación profesional <input type="checkbox"/> S=Propietario único<br><input type="checkbox"/> P=Sociedad colectiva <input type="checkbox"/> I=Beneficiario individual <input type="checkbox"/> U=Agencia del Estado<br><input type="checkbox"/> L=Sociedad limitada <input type="checkbox"/> R=Coporacion Extranjero <input type="checkbox"/> E=Empleado del Estado<br><input type="checkbox"/> F=Institutional Financiera <input type="checkbox"/> N=Otra (Por favor, explique): |
| <b>Casilla 7</b>   | Calidad lucrativa:   | <input type="checkbox"/> Con fines de lucro <input type="checkbox"/> Sin fines de lucro  |
| <b>Casilla 8</b>   | Información sobre la corporación:  | Estado de jurisdicción:    Núm. de registro o constitución:  |
| <b>Casilla 9</b>   | Información sobre el propietario único:                                    | Nombre y número de Seguro Social del propietario unico:  |
| <b>Casilla 10</b>  | Sociedad colectiva Información:  | Nombre y número de Seguro Social o de Identificación del Empleador del primer socio:<br>Nombre y número de Seguro Social o de Identificación del Empleador del segundo socio:  |
| <b>Casilla 11</b>  | Retención adicional: Por favor, vea el sitio web del IRS                   | <input type="checkbox"/> Exento de la retención adicional  |
| <b>Casilla 12</b>  | <b>Certificación:</b>  | Bajo las penas del perjurio, certifico que:<br>1. He dado mi número correcto de indentificación del contribuyente y<br>2. No estoy sujeto a la retención adicional como se especifica en la hoja de instrucciones para esta forma y<br>3. Soy ciudadano estadounidense u otra persona de EE. UU.   |
| Firma:   |  |  |
| Nombre del preparador en letra de molde:   |  |  |
| Teléfono:  |  | Fecha:   |
| <b>Casilla 13</b>  | <b>Informacion sobre el deposito directo (respuesta obligatoria)</b>       |  |
| <input type="checkbox"/> Actualmente tengo deposito directo y deseo que continúe.  | Firma y fecha:   |  |
| <input type="checkbox"/> Rechazo el deposito directo en este momento.  | Firma y fecha:   |  |
| <input type="checkbox"/> Trámite inicial   | <input type="checkbox"/> Cambio en la información para el depósito directo | <input type="checkbox"/> Cancelación del depósito directo  |
| Nombre de la institución financiera:   | Tipo: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros    | Código postal:   |
| Nombre de ruta de la institución financiera:   | Número de cuenta:  |  |
| ¿Se enviaran estos pagos a una institucion financiera fuera de Estados Unidos?    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |  |  |
| Doy autorización al Contralor de Cuentas Públicas de Texas para depositar electrónicamente en mi institución financiera los pagos del estado de Texas. Entiendo que el Contralor de Cuentas Públicas de Texas revocará cualquier pago que se haga a mi cuenta por error. |  |  |
| También entiendo que el Contralor de Cuentas Públicas de Texas cumplirá en todo momento con las reglas de la National Automated Clearing House Association (Asociación Nacional de Liquidación Automatizada).  |  |  |
| Firma autorizada (obligatoria):  |  |  |
| Nombre en letra de molde (obligatorio):  |  |  |