

[Company Letterhead or Company Name]

[Date]

NOTICE OF SOCIAL SECURITY TAX WITHHOLDING DEFERL PROGRAM

[Employee name], you may become eligible to defer your contribution of Social Security taxes for one or more pay periods between September 1 and December 31, 2020, under a new federal government program. To be eligible, your gross wages or compensation must be less than [choose the applicable pay period: \$4,000 for the bi-weekly OR \$2,000 for the weekly OR \$4,333 for the semi-monthly] pay period. Your eligibility is determined each pay period between now and December 31, 2020.

You are required by law to pay a percent of your income to Social Security through taxes which are automatically withheld from your paycheck. Due to COVID-19, during any pay period in which you are eligible, you are authorized to defer the withholding from your paycheck. This would result in you receiving an increase in your net income, which you will see on your paycheck.

If you choose to opt in, you will have to pay any deferred taxes starting January 1, 2021. This will result in you paying your usual taxes, **plus** the deferred taxes. You will have until April 30, 2021, to pay the deferred Social Security taxes. If your employment with [employer name] ends prior to you fully paying your deferred Social Security taxes, [employer] reserves the right to take action as allowable by law to collect the deferred taxes.

If you choose to opt out of the Social Security tax deferral program, your normal taxes will be withheld as required by law. You can choose to opt in at a later date by requesting an opt-in form from [HR representative].

ACKNOWLEDGMENT OF NOTICE OF EMPLOYEE SOCIAL SECURITY TAX WITHHOLDING DEFERRAL PROGRAM

I [employee name] acknowledge that I have received and reviewed the Notice of Employee Social Security Tax Withholding Deferral Program from [Employer name]. I have asked any questions that I have and had any provisions that I did not understand explained to me in my primary language by [the Company] [HR Representative].

_____ I choose to **Opt-In** to the deferral program and have [employer name] cease withholding Social Security taxes on my behalf for each pay period in which I am eligible for the deferral program. I understand that I am responsible for paying these deferred Social Security taxes beginning January 1, 2021 and that I have until April 30, 2021 to pay the deferred taxes. If I have not paid my deferred taxes by April 30, 2021, the IRS may impose penalties, interest and additional taxes for which I am responsible.

_____ I choose to **Opt-Out** of the deferral program and have [employer name] continue withholding my normal Social Security taxes on my behalf for each pay period regardless of my eligibility for the deferral program.

Date: _____

(employee signature)

(print employee name)

[Membrete o Nombre de la Empresa]

[Fecha]

AVISO DEL PROGRAMA DE APLAZAMIENTO DE RETENCIÓN DE IMPUESTOS DEL SEGURO SOCIAL

[Nombre del empleado], puede ser elegible para diferir su contribución de impuestos del Seguro Social por uno o más períodos de pago entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2020, bajo un nuevo programa del gobierno federal. Para ser elegible, su salario bruto o compensación debe ser menos que [elija el período de pago aplicable: \$4,000 para el período de pago quincenal O \$2,000 para el período de pago semanal O \$4,333 para el período de pago bimensualmente]. Su elegibilidad se determina en cada período de pago entre ahora y el 31 de diciembre de 2020.

La ley le exige que pague un porcentaje de sus ingresos al Seguro Social mediante impuestos que se retienen automáticamente de su cheque de pago. Debido a COVID-19, durante cualquier período de pago en el que sea elegible, está autorizado a diferir la retención de su cheque de pago. Esto resultaría en que reciba un aumento en su ingreso neto, que verá en su cheque de pago.

Si opta por participar, deberá pagar los impuestos diferidos a partir del 1 de enero de 2021. Esto dará lugar a que pague sus impuestos habituales, **más** los impuestos diferidos. Tendrá hasta el 30 de abril de 2021 para pagar los impuestos diferidos del Seguro Social. Si su empleo con [nombre del empleador] finaliza antes de que usted pague por completo sus impuestos diferidos del Seguro Social, [empleador] se reserva el derecho de tomar las medidas que permita la ley para cobrar los impuestos diferidos.

Si opta por no participar en el programa de aplazamiento de impuestos del Seguro Social, se retendrán sus impuestos normales según lo exige la ley. Puede optar por participar en una fecha posterior solicitando un formulario de participación de [representante de recursos humanos].

RECONOCIMIENTO DE AVISO DEL PROGRAM DE APLAZAMIENTO DE RETENCIÓN DE IMPUESTOS DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

Yo [nombre del empleado] reconozco que he recibido y revisado el Aviso del Programa de Aplazamiento de Retención de Impuestos del Seguro Social del Empleado de [Nombre del Empleador]. He hecho cualquier pregunta que tengo y [Representante de RR.HH.] de [la Compañía] me ha explicado disposiciones que no entendí en mi idioma principal.

Yo _____ elijo **optar por participar** en el programa de aplazamiento y que [nombre del empleador] deje de retener impuestos del Seguro Social en mi nombre por cada período de pago en el que sea elegible para el programa de aplazamiento. Entiendo que soy responsable de pagar estos impuestos diferidos del Seguro Social a partir del 1 de enero de 2021 y que tengo hasta el 30 de abril de 2021 para pagar los impuestos diferidos. Si no he pagado mis impuestos diferidos antes del 30 de abril de 2021, el IRS puede imponer multas, intereses e impuestos adicionales de los que soy responsable.

Yo _____ Elijo **excluirme** del programa de aplazamiento y que [nombre del empleador] continúe reteniendo mis impuestos normales del Seguro Social en mi nombre para cada período de pago, independientemente de mi elegibilidad para el programa de aplazamiento.

Fecha: _____

Firma del empleado)

(escriba en letra de molde el nombre del empleado)