



Lista De Verificación De La Solicitud

Nombre del Becario _____ Ubicación/Sitio _____

Clase de YEIP _____ Sesión # _____

✓ Formulario	Fecha de Recibido	Notas
Registrado en RecTrac		
Aplicación del programa		
Información Medica del Programa y Exenciones		
Acuerdo de Pasante y padre		
Reglas y Regulaciones del Programa		
Formulario de programación de JJCPA (acuerdo parental)		
Encuesta del Primer Día (Pre-Cuestionario)		
Formulario W-9 Firmado El nombre en W-9 debe coincidir con la TARJETA DE SEGURO		
Copia de la tarjeta de Seguro Social Firmado		
Encuesta Del Último Día (Post-Cuestionario)		
Cheque de estipendio recibido y firmado		

Comentarios _____

	✓	✓	Uso del personal administrativo solamente	
Aplicación			Aprobado	Negado
Firma del DIC: _____			Fecha: _____	
Fecha de inicio _____		Fecha de Salida del Interno _____		
Aplicación revisada por _____		Fecha _____		
Ingresado en la base de datos por _____		Fecha _____		



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks
PROGRAMA DE PASANTÍAS DE EMPLEO JUVENIL

Aplicación De YEIP

Por favor, imprima cuidadosamente al completar esta solicitud.

Fecha _____

Recibo # _____

Clase YEIP _____

Ubicación _____

Grado:

Escuela Asistiendo:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
NOMBRE (primero, segundo, último)	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	GÉNERO
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado, código postal)			
CORREO ELECTRÓNICO		CELULAR / TELÉFONO RESIDENCIAL	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIAN			
NOMBRE (Primero, Medio, Último)	RELACIÓN	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado, código postal)		CORREO ELECTRÓNICO	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIAN			
NOMBRE (Primero, Medio, Último)	RELACIÓN	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO
DIRECCIÓN (calle, ciudad, estado, código postal)		CORREO ELECTRÓNICO	

Instrucciones: Realice las selecciones adecuadas para lo siguiente:

RAZA - Seleccione una de las siguientes 10 categorías

Coloque una X a la izquierda del cuadro apropiado			
<input type="checkbox"/>	1. Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	6. Indio americano o nativo de Alaska Y blanco
<input type="checkbox"/>	2. Asiático	<input type="checkbox"/>	7. Asiático Y Blanco
<input type="checkbox"/>	3. Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/>	8. Negro/Afroamericano Y Blanco
<input type="checkbox"/>	4. Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>	9. Indio americano/nativo de Alaska Y Negro/Afroamericano
<input type="checkbox"/>	5. Blanco	<input type="checkbox"/>	10. Saldo _____ / Otros

ETNIA - Seleccione uno

GÉNERO - Seleccione uno

Coloque una X a la izquierda del cuadro apropiado			
<input type="checkbox"/>	Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>	No binario
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Femenina
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Prefiero no revelar

Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud es veraz y precisa, y debe considerarse parte integral de mi acuerdo que puedo ingresar para el Programa de Pasantías de Empleo Juvenil (YEIP) y sus clases y actividades.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks
Programa De Pasantías De Empleo Juvenil

Aplicación Del Programa (continuado)

INFORMACION MEDICA

Proveedor de seguros (Plan Medico) _____ Numero de póliza _____
 Nombre del Medico _____ Teléfono () _____
 Nombre del Dentista _____ Teléfono () _____
¿El adolescente está tomando medicamentos? ____ Si ____ No (En caso afirmativo, indique el medicamento a continuación)
 Medicamento _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
 Medicamento _____ Cantidad _____ Frecuencia _____
 Enumere cualquier enfermedad importante, alergias, condiciones médicas o comportamientos que debamos tener en cuenta en caso de una emergencia importante _____
 Indique el motive de las limitaciones de las actividades físicas (si corresponde), _____

ESTA AUTORIZACION PERMANECERA EN EFECTO HASTA QUE SE REVOQUE POR ESCRITO Y SE ENTREGUE A DICHOS AGENTES.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR

Me hijo/a, menor de edad, tiene mi permiso para participar en todas las actividades de CLASS Parks Teen Club (INCLUIDOS LOS VIAJES EN AUTOBUS, CAMIONETA O A PIE). Entiendo que ciertas actividades por naturaleza tienen un mayor riesgo de lesiones, incluida la muerte, a pesar de las amplias medidas tomadas por el personal para brindar un entorno seguro y garantizar la seguridad de mi hijo. Entiendo la naturaleza de los juegos, deportes, juegos acuáticos y actividades de natación y soy consciente de la experiencia y las capacidades del menor y creo que mi hijo está calificado, goza de buena salud y se encuentra en las condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en tales actividades. Acepto eximir al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles, sus funcionarios, agentes y empleados de cualquier lesión a mi hijo en relación con este programa. También entiendo que el Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles NO TIENE SEGURO.

INCIALES DEL PADRE/TUTOR _____

FOTO / COMUNICADO DE PRENSA

El Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles, sus agentes y representantes asignados, tienen mi permiso para usar la imagen (digital, película y/o audio) de mi hijo, menor de edad, para la promoción de los programas del departamento y/o eventos a través de cualquier plataforma de medios de la Ciudad de Los Ángeles (audio, película, internet, impresión y/o redes sociales).

También doy permiso para que se use el primer nombre de mi hijo/a SI NO

(Si no, la imagen de este niño se usa en el sitio web de nuestro departamento o en cualquier medio de comunicación social, su nombre no se incluirá).

INCIALES DEL PADRE/TUTOR _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, como padre/tutor legal del menor que participa en este programa, por la presente autorizo al Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles a actuar como agentes para que el abajo firmante de su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestésico, medico o quirúrgico. Diagnóstico o tratamiento/atención hospitalaria que se considere aconsejable y se brinde bajo la supervisión general o especializada de cualquier medico/cirujano con licencia según las disposiciones de la Ley de Practica del la Medicina en el personal medico de un hospital con licencia; si dicho diagnostico o tratamiento se realiza en el consultorio de dicho medico o en dicho hospital. Se entiende que esta autorización se otorga con anticipación a cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el medico antes mencionado, en el ejercicio de su mejor juicio, considere conveniente. Esta autorización permanecerá vigente hasta la conclusión del evento o programa en el que participe el menor, a menos que sea revocada antes por escrito y entregada a dicho agente.

INCIALES DEL PADRE/TUTOR _____

Reconozco que he leído y entiendo todas las políticas en el manual del programa y como se enumeran en esta solicitud. Por la participación de mi hijo, acepto seguir y acatar estas reglas y entiendo que la transgresión de cualquier política es motivo de expulsión inmediata del programa

X

Padre/Tutor (Firma)

Padre/Tutor (Escriba su Nombre)

Fecha



City of Los Angeles Department of Recreation and Parks
Programa De Pasantías De Empleo Juvenil

ACUERDO ENTRE PASANTES Y PADRES

La firma de este acuerdo por el solicitante de la pasantía y el padre / guardián los une, al momento de la selección, a lo siguiente:

1. Para ser elegible para el programa, los participantes necesitaran un numero de identificacion de contribuyente valido (por ejemplo, tarjeta de Seguro Social o ITIN)
2. Yo entiendo que **SOLO** califico a recibir un estipendio/cheque **UNA** vez en el año fiscal (año escolar). Si participo en más de una clase en el año fiscal, no seré COMPENSADO por las clases adicionales.
3. Estoy de acuerdo en completar el Programa de Pasantías de Empleo Juvenil lo mejor que pueda.
4. Entiendo y acepto que asistiré a todas las horas de entrenamiento durante las sesiones para las que soy seleccionado. Entiendo que no puedo faltar a ningún día de clase. Si pierdo alguna clase o parte de una clase, se asignará un trabajo de recuperación. **Si no asisto a todas las clases o no completo el trabajo de recuperación, seré despedido del programa y no recibiré crédito por el programa, ni el cheque de estipendio de \$500.**
5. Los Padres/Guardián acepta hacer todo lo posible para ayudar a su hijo/a a cumplir con las responsabilidades del programa.
6. El Programa de Pasantías de Empleo Juvenil del Departamento de Recreación y Parques de la Ciudad de Los Ángeles proporcionará al participante una camisa que se requiere que se use adecuadamente en todo momento en todas las fechas de entrenamiento. Al completar con éxito el programa, la camiseta pasará a ser propiedad del solicitante.
7. Acepto notificar a la Administración de YEIP si mi dirección y / o número de teléfono cambian mientras estoy en el programa o después de la finalización y completar cualquier documentación necesaria.
8. Entiendo que después de completar el programa, si todo el papeleo de YEIP se completa y se entrega; incluyendo un formulario W-9, una copia firmada de mi tarjeta de Seguro Social y he completado las horas requeridas, seré elegible para recibir un cheque de estipendio. **Debido a los largos tiempos de procesamiento, los cheques de estipendio podrían tardar hasta 6 meses o más en emitirse.**
9. El participante será notificado cuando el cheque del estipendio esté disponible para recoger. **El cheque/estipendio deberá ser recogido y firmado por el participante en persona.** El estudiante deberá mostrar una identificación con foto para poder recibir el cheque.
10. Entiendo que habrá un conjunto claro y conciso de reglas para el programa y me las explicarán el primer día de entrenamiento. También entiendo que romper estas reglas puede ser motivo de despido del programa y pérdida de todos los beneficios otorgados a través de la participación en el programa.

Como padre/guardián de un participante de 18 años o menos, he leído, entendido y acepto voluntariamente que mi hijo/a _____, puede participar en el programa de CLASS Parks de Pasantías de Empleo (YEIP), sus clases y actividades.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____



REGLAS Y REGULACIONES DEL PROGRAMA

1. El Programa de Pasantías de Empleo Juvenil (YEIP) es un programa de entrenamiento que incluye habilidades de preparación para el trabajo (solicitud y escritura), habilidades financieras y bancarias (inversiones y cheques personales) y habilidades para la vida.
2. Los formularios de inscripción y otros documentos requeridos deben completarse y entregarse antes del primer día de clase para continuar en el programa y recibir su cheque de estipendio.
3. **Los pasantes deben participar en un total de 36 horas para completar con éxito el programa.** Los pasantes que pierdan un día de clase deberán recuperar las horas, hasta un total de 6 horas. Un pasante no podrá tener una segunda ausencia o tardanza.
4. Las horas de recuperación se pueden completar en cualquier organización sin fines de lucro, como centros para adolescentes, centros de recreación, Boys and Girls Clubs, iglesias, guarderías, programas extracurriculares, hospitales, etc. Las horas de recuperación deben ser documentadas por la organización, ya sea mediante el uso de un Formulario de Servicio Comunitario de YEIP **o** en papel con membrete de la empresa firmado por un empleado supervisor. La documentación debe incluir las fechas, horas y número de horas trabajadas, con una descripción del trabajo completado.
5. Los participantes deben **iniciar** y **cerrar sesión** cada día para recibir crédito completo. Si un pasante no se registra para el día, no se otorgarán horas. Informe a un instructor en el lugar si debe ausentarse o salir temprano de la clase.
6. Los participantes deben traer sus cuadernos y todo el material relacionado con ellos a cada clase y se espera que estén completamente preparados para participar en todas las actividades.
7. Los participantes deben usar sus camisetas del programa durante todos los días de entrenamiento.
8. Los participantes deben comportarse de manera profesional en todo momento. Se espera un comportamiento respetuoso durante todo el programa y no se tolerará el comportamiento irrespetuoso de ningún tipo. Los pasantes deben llegar a clase cada día con una actitud positiva con el deseo de aprender y trabajar en equipo con los demás.
9. Los participantes deben regresar de todos los descansos a tiempo, incluyendo el almuerzo, o se arriesgarán a perder horas de clase.
10. Los teléfonos celulares no están permitidos durante el entrenamiento y deben apagarse antes del comienzo de la clase.
11. Los participantes se abstendrán de usar blasfemias.
12. La posesión de armas, drogas, alcohol, cigarrillos y/o vaporizadores será causa de expulsión inmediata del programa.
13. Pelear, robar, desobedecer las reglas del programa y/o cualquier otro tipo de mala conducta será causa de despido inmediato del programa y puede resultar en otras acciones disciplinarias.
14. YEIP no proporcionará almuerzo. Se proporcionarán bocadillos en cada sesión de clase.
15. Por razones de seguridad, los participantes deben informar a los instructores cuando salgan del área de entrenamiento, incluso a los baños.
16. Los participantes deben informar inmediatamente a los instructores si se dan cuenta de un problema en el sitio.

Entiendo que el incumplimiento de las reglas del programa mencionadas anteriormente y/o el incumplimiento de la póliza del programa establecida en todas las formas de la solicitud de registro de YEIP serán motivo de despido del programa y la pérdida de todos los beneficios otorgados a través de la participación.

Nombre del solicitante (imprime por favor) _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre de los padres (imprime por favor) _____

Firma del padre/guardián _____ Fecha _____

ACTA DE PREVENCIÓN DE DELITOS DE JUSTICIA JUVENIL

ACUERDO DE LOS PADRES

La Ciudad de Los Ángeles recibió fondos del **Condado de Los Ángeles** para proporcionar programas educativos, prosociales y recreativos a los jóvenes bajo las disposiciones de la Ley de Prevención de Delitos de Justicia Juvenil (JJCPA). JJCPA es una iniciativa estatal diseñada para apoyar programas juveniles que promueven el desarrollo de habilidades pro-sociales y el avance educativo.

Las actividades semanales se llevarán a cabo en _____.

CLASS PARKS trabaja con escuelas, agencias del Condado, organizaciones comunitarias y otras agencias de servicios en la comunidad; estamos solicitando su permiso para brindarle a su hijo/a la oportunidad de participar en estos programas. Como condición para la participación de su hijo/a en estos programas, el programa JJCPA requiere que cierta información sobre su hijo/a (como nombre, sexo, fecha de nacimiento, origen étnico, código postal de residencia y fechas de inicio y finalización del programa) se recopile y comparta con el Condado para evaluar los programas y servicios de JJCPA (Información del participante).

**TENGA EN CUENTA QUE USTED O SU HIJO/A PUEDEN RETIRARSE DE ESTE PROGRAMA EN CUALQUIER MOMENTO.
NO HAY CARGOS POR ESTE SERVICIO.**

En consideración del estudiante, _____, participando en este programa voluntario, el estudiante y padre(s) libera el Condado de Los Ángeles y La Ciudad de Los Ángeles de todas responsabilidades que puedan ocurrir como resultado de la participación del programa y consiente liberar la información del Participante al Condado para estudiar el efectismo del programa JJCPA y sus servicios.

Nota: Aunque la Información del participante de su hijo/a permanecerá confidencial, dicha información será mantenida con fines estadísticos por el Departamento de Libertad Condicional del Condado de Los Ángeles para estudiar la efectividad de los programas y servicios de JJCPA.

Si desea que su hijo/a participe en estos servicios de JJCPA, por favor firme y pon la fecha en esta carta y devuélvala a nuestra oficina.

Firma de los padres

Fecha

Firma del menor

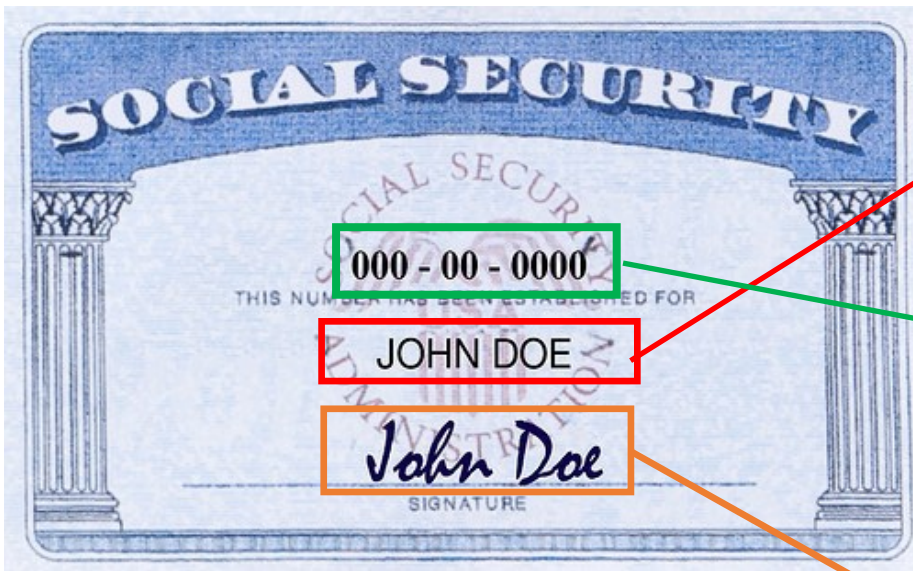
Fecha

Firma del personal

Fecha

Cómo completar tu tarjeta de seguro social:

1. El pasante debe firmar con su propio nombre en la línea de firma.
2. La firma debe estar en tinta azul o negra
3. No firme con su nombre debajo de la tarjeta de Seguro Social.
4. La tarjeta de Seguro Social solo es válida si está firmada.
5. La tarjeta de Seguro Social debe estar firmada para recibir el cheque de estipendio. Si la tarjeta no está firmada, no recibirá el estipendio.
6. No copie la tarjeta de Seguro Social en papel de color. Utilice únicamente papel blanco.
7. Padre / Tutor no puede firmar la tarjeta de seguro social.



Si el pasante tiene varios nombres en su tarjeta de SSN, debe escribir TODOS los nombres en la línea 1 del W9. Los nombres deben coincidir exactamente.

Por favor, no abrevie partes de la dirección, por ejemplo.

**LA = Los Angeles
W = West**

Cómo completar el W-9:

1. Escriba el nombre completo en la línea 1. Escriba el nombre exactamente como se indica en la tarjeta de seguro social.
2. Usa tinta azul o negra. No use lápiz.
3. Seleccione "Individual/Sole Proprietor" en el cuadro 3a.
4. Imprima la dirección, ciudad, estado y código postal en las líneas 6 y 7.
5. El pasante firma su nombre en la línea de firma.
6. El padre / tutor no puede firmar W-9

W-9
Form (Rev. March 2024)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Taxpayer Identification Number and Certification
Go to www.irs.gov/FormW9 for instructions and the latest information.

Give form to the requester. Do not send to the IRS.

Before you begin. For guidance related to the purpose of Form W-9, see Purpose of Form, below.

1 Name of the entity **John Doe**

2 Business name/disregarded entity name, if different from above.

3a Check the appropriate box for federal tax classification of the entity/individual whose name is entered on line 1. Check only one of the following seven boxes.
 Individual/sole proprietor
 C corporation
 S corporation
 Partnership
 Trust/estate
 LLC. Enter the tax classification (C = C corporation, S = S corporation, P = Partnership)
 Note: Check the "LLC" box above and, in the entry space, enter the appropriate code (C, S, or P) for the tax classification of the LLC, unless it is a disregarded entity. A disregarded entity should instead check the appropriate box for the tax classification of its owner.
 Other (see instructions)

4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3):
 Exempt payee code (if any)
 Exemption from Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) reporting code (if any)
 (Applies to accounts maintained outside the United States.)

5 Address (number, street, and apt. or suite no.). See instructions. **12345 Jupiter Drive**
 City, state, and ZIP code **Los Angeles, CA 90039**

6 Requester's name and address (optional)

7 List account number(s) here (optional)

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)
 Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see How to get a TIN, later.

000-00-0000
 or
 Employer identification number

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. See also What Name and Number To Give the Requester for guidelines on whose number to enter.

Part II Certification
 Under penalties of perjury, I certify that:
 1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
 2. I am not subject to backup withholding because (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
 3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
 4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Sign Here Signature of U.S. person **John Doe** Date

General Instructions
 Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.
Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to www.irs.gov/FormW9.
What's New
 Line 3a has been modified to clarify how a disregarded entity completes this line. An LLC that is a disregarded entity should check the appropriate box for the tax classification of its owner. Otherwise, it should check the "LLC" box and enter its appropriate tax classification.

New line 3b has been added to this form. A flow-through entity is required to complete this line to indicate that it has direct or indirect foreign partners, owners, or beneficiaries when it provides the Form W-9 to another flow-through entity in which it has an ownership interest. This change is intended to provide a flow-through entity with information regarding the status of its indirect foreign partners, owners, or beneficiaries, so that it can satisfy any applicable reporting requirements. For example, a partnership that has any indirect foreign partners may be required to complete Schedules K-2 and K-3. See the Partnership Instructions for Schedules K-2 and K-3 (Form 1065).

Purpose of Form
 An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS is giving you this form because they

Request for Taxpayer Identification Number and Certification

Go to www.irs.gov/FormW9 for instructions and the latest information.

**Give form to the
requester. Do not
send to the IRS.**

Before you begin. For guidance related to the purpose of Form W-9, see *Purpose of Form*, below.

Print or type. See Specific Instructions on page 3.	1	Name of entity/individual. An entry is required. (For a sole proprietor or disregarded entity, enter the owner's name on line 1, and enter the business/disregarded entity's name on line 2.)		
	2	Business name/disregarded entity name, if different from above.		
	3a	Check the appropriate box for federal tax classification of the entity/individual whose name is entered on line 1. Check only one of the following seven boxes. <input type="checkbox"/> Individual/sole proprietor <input type="checkbox"/> C corporation <input type="checkbox"/> S corporation <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Trust/estate <input type="checkbox"/> LLC. Enter the tax classification (C = C corporation, S = S corporation, P = Partnership) _____ Note: Check the "LLC" box above and, in the entry space, enter the appropriate code (C, S, or P) for the tax classification of the LLC, unless it is a disregarded entity. A disregarded entity should instead check the appropriate box for the tax classification of its owner. <input type="checkbox"/> Other (see instructions) _____	4 Exemptions (codes apply only to certain entities, not individuals; see instructions on page 3): Exempt payee code (if any) _____ Exemption from Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) reporting code (if any) _____ <i>(Applies to accounts maintained outside the United States.)</i>	
	3b	If on line 3a you checked "Partnership" or "Trust/estate," or checked "LLC" and entered "P" as its tax classification, and you are providing this form to a partnership, trust, or estate in which you have an ownership interest, check this box if you have any foreign partners, owners, or beneficiaries. See instructions _____ <input type="checkbox"/>		
	5	Address (number, street, and apt. or suite no.). See instructions.	Requester's name and address (optional)	
	6	City, state, and ZIP code		
	7	List account number(s) here (optional)		

Part I Taxpayer Identification Number (TIN)

Enter your TIN in the appropriate box. The TIN provided must match the name given on line 1 to avoid backup withholding. For individuals, this is generally your social security number (SSN). However, for a resident alien, sole proprietor, or disregarded entity, see the instructions for Part I, later. For other entities, it is your employer identification number (EIN). If you do not have a number, see *How to get a TIN*, later.

Social security number									
				-					
or									
Employer identification number									

Note: If the account is in more than one name, see the instructions for line 1. See also *What Name and Number To Give the Requester* for guidelines on whose number to enter.

Part II Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

1. The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
2. I am not subject to backup withholding because (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
3. I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
4. The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions. You must cross out item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply. For mortgage interest paid, acquisition or abandonment of secured property, cancellation of debt, contributions to an individual retirement arrangement (IRA), and, generally, payments other than interest and dividends, you are not required to sign the certification, but you must provide your correct TIN. See the instructions for Part II, later.

Sign Here	Signature of U.S. person	Date
------------------	--------------------------	------

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future developments. For the latest information about developments related to Form W-9 and its instructions, such as legislation enacted after they were published, go to www.irs.gov/FormW9.

What's New

Line 3a has been modified to clarify how a disregarded entity completes this line. An LLC that is a disregarded entity should check the appropriate box for the tax classification of its owner. Otherwise, it should check the "LLC" box and enter its appropriate tax classification.

New line 3b has been added to this form. A flow-through entity is required to complete this line to indicate that it has direct or indirect foreign partners, owners, or beneficiaries when it provides the Form W-9 to another flow-through entity in which it has an ownership interest. This change is intended to provide a flow-through entity with information regarding the status of its indirect foreign partners, owners, or beneficiaries, so that it can satisfy any applicable reporting requirements. For example, a partnership that has any indirect foreign partners may be required to complete Schedules K-2 and K-3. See the Partnership Instructions for Schedules K-2 and K-3 (Form 1065).

Purpose of Form

An individual or entity (Form W-9 requester) who is required to file an information return with the IRS is giving you this form because they