



DEDUCTION AUTHORIZATION (AUTORIZACION DE DEDUCCIÓN)

Employee Name (Nombre): _____ SSN (Número de Seguridad Social): _____

Client Name (Compañía del Cliente): _____

Benefits Deductions (Deducciones para Beneficios)

#	Check One (marque uno) New Deduction (Nueva) Change Current Amount (Camio) Add to Current Amount (Incrementar)	Insurance Company Name or 3rd Party Administrator (Nombre de la compañía de seguros o administrador del plan)	Type of Deduction Health/Dental/401k/ Roth/Simple IRA (Tipo de Deducción)	Deduction Begin Date (Fecha de Comienzo)	Amount or Percentage per Pay Period (Cantidad por Período de Paga)	
					Pre-Tax Amount or Post-Tax Amount	Balance, if any
1						
2						
3						
4						
5						

***Child Support (CS) Deductions** **Yes, I have CS deductions** **No, I do not have CS deductions** **Initials (Iniciales):** _____
 *(Deducciones de Manutención) (Sí, tengo deducciones de Manutención) (No, no tengo deducciones de Manutención)

#	State of Order (Estado de Orden)	Case # (Caso #)	Address for Distribution (Dirección para distribución)	Amount Per Pay Period (Cantidad por Período de Paga)
1				
2				
3				
4				
5				

***Child Support Order(s) MUST be attached (*La orden de manutención debe estar adjunta)**

Payroll Deductions **Yes, I have payroll deductions** **No, I do not have payroll deductions** **Initials (Iniciales):** _____
 (Deducciones de Nómina) (Sí, tengo deducciones de nómina) (No, no tengo deducciones de nómina)

#	Type of Deduction (Uniform, Loan, Advance, etc.) (Tipo de deducción: uniforme, prestamo, adelanto, etc.)	Payroll Commencement Date (Fecha de Comienzo de Nomina)	Total Amount of Deduction (Cantidad Total De Deucción)	Amount Per Pay Period (Cantidad por Periodo de Paga)
1				
2				
3				
4				
5				

I hereby authorize SPLI to make the above deductions from my pay in accordance with the above terms. I understand and agree that I am responsible for satisfying the above amounts. I further understand and agree that deductions will be made after any federal or state requirements as well as for any SPLI or Client Company programs in which I have enrolled, for which I am eligible, or to which I have agreed. Por este medio autorizo a SPLI a hacer las susodichas deducciones de mi paga de acuerdo con los susodichos terminos. Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable de satisfacer las susodichas cantidades. Comprendo aún más y concuerdo que deducciones serán hechas después de cualquier exigencia federal o estatal así como para cualquier SPLI o Compañía del Cliente programas en los cuales me he matriculado, por los que soy elegible, o con que he estado de acuerdo.

Employee Signature (Firma del Solicitante): _____ **Date (Fecha):** _____

Client Signature (Firma del cliente): _____ **Date (Fecha):** _____