

**PODER LEGAL**

Marque a continuación para indicar la agencia apropiada. Tenga en cuenta que debe completar y enviar un formulario separado para cada agencia marcada.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CALIFORNIA DEPARTMENT OF TAX AND FEE ADMINISTRATION<br>PO BOX 942879<br>SACRAMENTO, CA 94279-0001<br>1-800-400-7115 (CRS:711) | <input type="checkbox"/> EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT<br>PO BOX 826880 MIC 28<br>SACRAMENTO CA 94280-0001<br>1-916-654-7263 • FAX 1-916-654-9211 |
|--|---|

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE	NOMBRE DE LA EMPRESA O SOCIEDAD ANÓNIMA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO FEDERAL DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	NÚMERO(S) DE LA SECRETARÍA DE ESTADO DE CALIFORNIA	
CUENTA/PERMISO(S) DEL CALIFORNIA DEPARTMENT OF TAX AND FEE ADMINISTRATION		NÚMERO DE CUENTA DE EMPLEADOR DEL EDD	

DIRECCIÓN POSTAL (Número y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

CORREO ELECTRÓNICO

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Persona                              | <input type="checkbox"/> Sociedad Colectiva | <input type="checkbox"/> Sociedad anónima |
| <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada | <input type="checkbox"/> Otro               |   |

**Como propietario, funcionario, síndico, administrador o fideicomisario del contribuyente, o como parte en el asunto de impuestos o cuotas ante el:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> California Department of Tax and Fee Administration | <input type="checkbox"/> Employment Development Department |
|--|--|

**Por la presente designo:** *[escriba abajo el/los nombre(s) de la(s) persona(s) designada(s), la(s) dirección(es) (incluyendo el código postal), el/los número(s) de teléfono(s) y el/los número(s) de fax; no ingrese los nombres de empresas contables o de abogados, sociedades colectivas o anónimas, etc., como nombre de la persona designada]*

NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA	NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA
NOMBRE COMERCIAL DE LA PERSONA ASIGNADA (si es aplicable)	NOMBRE COMERCIAL DE LA PERSONA ASIGNADA (si es aplicable)
DIRECCIÓN DE LA PERSONA ASIGNADA (Número y Calle)	DIRECCIÓN DE LA PERSONA ASIGNADA (Número y Calle)
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)	(Ciudad) (Estado) (Código Postal)
CORREO ELECTRÓNICO	CORREO ELECTRÓNICO
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
NÚMERO DE FAX	NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO DE FAX	NÚMERO DE FAX

**Como apoderado para representar al contribuyente en los siguientes asuntos de impuestos o cuotas:** *[especificar tipo(s) de impuesto]*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Programas de impuestos y cuotas administrados por el CDTFA | <input type="checkbox"/> Reporte de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Ley de impuestos sobre la nómina                           | <input type="checkbox"/> Otro:                 |

ESPECIFICAR LOS AÑOS O PERÍODOS DE IMPUESTOS O CUOTAS

(El reverso de este formulario debe ser completado)

**El/los apoderado(s) (o cualquiera de ellos) están autorizados, sujeto a revocación, a recibir información confidencial sobre los impuestos y a realizar en nombre del/de los contribuyente(s) los siguientes actos en relación con los asuntos de impuestos o cuotas descritos anteriormente:** *[marque la(s) casilla(s) de los poderes otorgados]*

- Autorización general (incluidos todos los actos que se describen a continuación).
- Autorización específica (actos seleccionados descritos a continuación).
  - Conferir y resolver cualquier determinación, reclamación o cobro de una deficiencia u otro asunto de impuestos o cuotas pendiente ante el organismo identificado y asistir a cualquier reunión o audiencia al respecto para la ley especificada anteriormente.
  - Recibir, pero no endosar y cobrar, cheques en pago de cualquier reembolso de impuestos, multas o intereses.
  - Ejecutar peticiones, solicitudes de reembolso y/o enmiendas a las mismas.
  - Ejecutar consentimientos que amplíen el periodo legal para la determinación de impuestos.
  - Representar al contribuyente en los cambios de su dirección postal para todas las leyes de impuestos sobre la nómina, reporte de beneficios, tanto la ley de Impuestos sobre la nómina como el reporte de beneficios.
  - Ejecutar los acuerdos de resolución en virtud del artículo 1236 del California Unemployment Insurance Code (Código del seguro de desempleo de California).
  - Delegar autoridad o sustituir a otro representante.
  - Otros actos (especificar):

**Este poder revoca todos los poderes legales anteriores registrados con el California Department of Tax and Fee Administration (Departamento de administración de impuestos y cuotas de California) o con el Employment Development Department (Departamento de desarrollo del empleo), según se ha identificado anteriormente, para los mismos asuntos y años o periodos cubiertos por este formulario, con excepción de los siguientes:** *[especifique a quién se le otorgó, la fecha y la dirección, o remítase a las copias adjuntas del/de los poder(es) anteriores]*

NOMBRE	FECHA DE OTORGAMIENTO DEL PODER
DIRECCIÓN (Número y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	

**A menos que se limite, este poder legal permanecerá en vigor hasta la resolución final de todos los asuntos de impuestos o cuotas que se especifican en el presente documento.**  
*[especifique la fecha de caducidad si el plazo es limitado]*

LÍMITE DE TIEMPO/FECHA DE CADUCIDAD *(para fines del California Department of Tax and Fee Administration)*

**Firma del contribuyente:** si un asunto de impuestos o cuotas se refiere a una declaración conjunta, **ambos** cónyuges deben firmar si se solicita una representación conjunta. Si usted es funcionario de una empresa, socio, tutor, socio/responsable de asuntos de impuestos o cuotas, ejecutor, síndico, pareja de hecho registrada, administrador o fideicomisario en nombre del contribuyente, al firmar este poder legal usted certifica que tiene la autoridad para ejecutar este formulario en nombre del contribuyente.

**► SI ESTE PODER NO ESTÁ FIRMADO Y FECHADO POR UNA PERSONA AUTORIZADA, SE DEVOLVERÁ COMO INVÁLIDO.**

FIRMA	CARGO <i>(si corresponde)</i>	FECHA
NOMBRE CON LETRA DE MOLDE		NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA	CARGO <i>(si corresponde)</i>	FECHA
NOMBRE CON LETRA DE MOLDE		NÚMERO DE TELÉFONO