

Employer Status Report

Veillez lire les instructions!

NC Dept. of Commerce
Division of Employment Security
Post Office Box 26504
Raleigh, N.C. 27611-6504

**Veillez taper ou imprimer en l'encre
noire ou déposez-le en ligne
des.nc.gov
Veillez le retourner dans les 10 jours**

Seulement pour l'agence :		N° de compte.				Responsable O N		A/C/AS	
Source	OW/OF	S Ajout	ET AL	S/PR	BR	Date resp			
Del Après			Loi Sec		M/W	Pays		ERA	Propre
Curr	P1		P2	P3		P4	P5		Suivant
Orig	Ind Ctr	Date React			L Let		St Adj	TA	
PC Let									

1. Numéro d'identification fédérale : _____ 2. Numéro d'identification de retenue du Département des revenus de N.C. : _____

3. Entrez les numéros de l'impôt du chômage précédemment attribués pour North Carolina: _____

4. Nom de l'employeur : _____
(Entrez le nom exact de l'entité juridique - pour plus de détails, voir les instructions)

5. Nom commercial : _____

6. Adresse postale : _____
Rue ou boîte postale *Ville* *Etat* *Code postale*

7. Numéro de téléphone : () - _____ 8. Numéro de fax : () - _____

9. Personne de contact : _____ Titre : _____

Numéro de téléphone : () - _____ Adresse e-mail : _____

10. Lieu de travail en N.C. : _____ *rue (ne pas utiliser une boîte postale)* *N.C.* *Code postale* *Pays*
Nombre d'employés attendu dans les 12 prochains mois : _____

(Veillez joindre une liste de tous les emplacements NC, s'il n'y a pas de lieu d'affaires NC, entrez l'adresse de domicile de l'employé principal)

11. Cochez le type de propriété :
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Corporation de type Sous-chapitre S | <input type="checkbox"/> SARL taxée en tant qu'individu |
| <input type="checkbox"/> Société en nom collectif | <input type="checkbox"/> 501(c)(3) - Joignez une copie | <input type="checkbox"/> SARL taxée en tant que société en nom collectif |
| <input type="checkbox"/> Corporation | <input type="checkbox"/> Gouvernemental | <input type="checkbox"/> SARL taxée en tant que corporation |
| <input type="checkbox"/> Société en commandite - joignez une liste de tous les partenaires généraux | | <input type="checkbox"/> Gouvernements tribaux indiens /entreprises |
| | | <input type="checkbox"/> Entité transparente |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

12. Entrez l'activité principale ou les services effectués au cours de votre travail en North Carolina : _____

13. Si vous faites partie d'une organisation plus grande et êtes principalement engagé dans la fourniture de services de soutien à cette organisation, cochez l'une des options suivantes :

- Contrôle, administration (siège, etc.) Stockage / Entrepôt
 Recherche, développement ou test Autre _____

14. Entrez la date à laquelle vous avez travaillé pour la première fois à un ou plusieurs travailleurs en North Carolina :
_____/_____/_____ MM DD AAAA

Pour les articles 15 à 20, cochez uniquement LA case qui s'applique

15. EMPLOYEURS GÉNÉRAUX :

a. Avez-vous eu ou allez-vous avoir une masse salariale trimestrielle de 1 500 \$ ou plus ? Oui Non _____
Si oui, entrez la date quand s'est produit ou se produira. MM JJ AAAA

b. Avez-vous employé ou allez-vous employer au moins un travailleur dans 20 semaines différentes au cours d'une année ?
Si oui, entrez la date quand cela s'est produit pour la 1^{re} fois ou se produira. Oui Non _____
_____/_____/_____ MM JJ AAAA

16. Êtes-vous une entreprise de location de salariés ? Oui Non

17. EMPLOYEURS DANS LE DOMAINE AGRICOLE :

a. Avez-vous eu ou allez-vous avoir une masse salariale trimestrielle de 20 000 \$ ou plus ?
Si oui, entrez la date quand cela s'est produit ou se produira. Oui Non _____
MM JJ AAAA

b. Avez-vous employé ou allez-vous employer au moins 10 travailleurs dans 20 semaines différentes au cours d'une année ?
Si oui, entrez la date quand s'est produit pour la 1^{re} fois ou se produira. Oui Non _____
MM JJ AAAA

18. **EMPLOYEURS DOMESTIQUES :**
 Avez-vous payé ou paierez-vous 1 000 \$ ou plus au cours d'un trimestre pour le service domestique dans une maison privée, un club universitaire, une fraternité ou une sororité ? Si Oui, entrez la date à laquelle cela s'est produit ou se produira. Oui Non MM / JJ / AAAA
19. **ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF :** (Veuillez joindre une copie de la lettre fédérale d'exemption en vertu de l'article 501 (c) (3) du Internal Revenue Code.)
 Avez-vous employé ou allez-vous employer quatre travailleurs ou plus dans 20 semaines différentes au cours d'une civile ? Si Oui, entrez la date à laquelle cela s'est produit ou se produira. Oui Non MM / JJ / AAAA
20. **ENTITÉ GOUVERNEMENTALE :** (cochez un type ci-dessous)
 Fédéral Etat Local Autre : _____
21. Si vous n'êtes pas soumis à la loi de l'impôt sur le chômage selon l'un des critères précédents (articles 15 à 20), souhaitez-vous couvrir volontairement vos employés pour l'assurance chômage ? Oui Non
22. Avez-vous déjà payé la taxe fédérale de chômage (FUTA) ? Oui Non
 Si Oui, pour combine d'an(s) ? _____

23. Si vous avez acquis, transféré des actifs ou fusionné avec une autre entreprise, ou avez effectué d'autres changements dans la propriété de l'entreprise, y compris les changements, tels que d'une entreprise individuelle à une corporation ou une société en nom collectif, complétez ce qui suit :

a. Nom de l'ancien propriétaire : _____
 (Nom complet de l'organisation, y compris le nom commercial)

b. Numéro de taxe UI de l'ancien propriétaire en N.C. _____

c. Adresse de l'ancien propriétaire : _____
 Rue ou Boite postale Ville Etat Code postale

d. À quelle date avez-vous acquis ou modifié l'entreprise ? _____
 MM JJ AAAA

e. Avez-vous acquis la totalité ou une partie de l'ancienne entreprise de North Carolina ? Toutes Parties (spécifier) %_

f. L'entreprise était-elle en opération au moment où vous l'avez acquise ? Oui Non Date de fermeture _____
 MM JJ AAAA

g. L'entreprise était-elle en faillite au moment où vous l'avez acquise ? Oui Non

h. L'ancien propriétaire continue-t-il d'avoir des employés en North Carolina ? Oui Non

24. Avez-vous des travailleurs qui effectuent des services pour votre entreprise que vous considérez comme des travailleurs indépendants ou des entrepreneurs indépendants ? Si Oui, voir les instructions pour l'inscription de la liste. Oui Non

25. Liste des propriétaires (société mère, propriétaire unique, TOUS les partenaires généraux, principaux dirigeants ou membres). Joignez une liste de ceux pour lesquels il n'y a pas d'espace ci-dessous.

Prénom	Deuxième prénom	Nom	Titre	SSN ou FEIN
Street or P.O. Box		Ville	State	Code postale
				() - Téléphone
Prénom	Deuxième prénom	Nom	Titre	SSN ou FEIN
Street or P.O. Box		Ville	State	Code postale
				() - Téléphone
Prénom	Deuxième prénom	Nom	Titre	SSN ou FEIN
Street or P.O. Box		Ville	State	Code postale
				() - Téléphone

Assurez-vous que toutes les cases applicables sont cochées avant de signer

Je certifie que les informations saisies sur ce formulaire sont véridiques et précises et que je suis autorisé par l'unité-employeur pour compléter ce rapport pour déterminer la responsabilité de l'impôt sur le chômage. Assurez-vous que tous les éléments applicables sont terminés avant de signer

Signature _____ Titre _____ MM / JJ / AAAA