

NCUI 604 CHANGE DOCUMENTATION

कर्मचारी या अधिकृत प्रतिनिधि के साथ संपर्क के परिणाम के रूप में, फ़ार्म NCUI 604 पर प्रविष्टियों में बदलाव के लिए विभाग दस्तावेज निम्न है:

केवल एजेंसी के उपयोग के लिए:			अकाउंट नंबर			उत्तरदायी Y N		A/C/AS
मूल	OW/OF	S जोड़े	ET AL	S/PR	BR	उत्तरदायी तिथि		
डेल बाद			कानून सैकशन	M/W	काउंटी	ERA	आत्म	
चालू	P1	P2	P3	P4	P5	अगला		
मूल	इंडस्ट्रीज सीटीआर	प्रतिक्रिया तिथि	L अनुमति	St समायोजन	TA			
PC अनुमति								

संपर्क व्यक्ति का नाम _____

शीर्षक _____ टेलीफोन नंबर () _____

व्यवसायक नाम _____

संपर्क का तरीका _____ टेलीफोन _____ पत्र _____ अन्य _____

स्थिति परीक्षक/कर लेखापरीक्षक _____ दिनांक _____

1. फेडरल ID नंबर: _____ 2. ID नंबर की राजस्व रोक के 2. N.C. विभाग: _____

3. पहले से दी गई North Carolina कोई बेरोजगारी कर संख्या: _____

4. नियोक्ता का नाम: _____

5. व्यापार का नाम: _____

6. डाक पता: _____

गली या P.O. बॉक्स _____ शहर _____ राज्य _____ जिप कोड _____

7. फोन नंबर: () _____ 8. फैक्स नंबर: () _____

9. संपर्क व्यक्ति: _____ शीर्षक _____

फोन नंबर: () _____ ई-मेल पता: _____

10. N.C. व्यावसायिक स्थान: _____ अगले 12 महीनों में अपेक्षित कर्मचारियों की संख्या: _____

गली (पोस्ट ऑफिस बॉक्स मत लिखें)

_____ N.C. _____

शहर _____ जिप कोड _____ काउंटी _____

11. ऑनरशिप के प्रकार को जाँचें: व्यक्तिगत सामान्य साझेदारी निगम सीमित भागीदारी उप-अध्याय S निगम 501 (c)(3) सरकारी LLC कर व्यक्तिगत रूप में लगाया LLC कर सामान्य साझेदारी में लगाया LLC कर निगम में लगाया LLC भारतीय जनजातीय सरकारें/उद्यम अवहेलना इकाई अन्य: _____

12. North Carolina संचालन में की गई मुख्य गतिविधियाँ या सेवाएँ दर्ज करें: _____

13. यदि नियोक्ता एक बड़े संगठन का हिस्सा है और मुख्य रूप से उस संगठन को सहायता सेवाएं प्रदान करने में लगे हुए हैं, तो निम्न में से एक को देखें:

नियंत्रण, प्रशासनिक (हैडक्वार्टर, आदि)

स्टोरेज/गोदाम

अनुसंधान, विकास या परीक्षण

अन्य: _____

14. North Carolina में पहली बार एक या ज्यादा कर्मचारियों की रोजगार देने की तिथि: _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

15. आम कर्मचारी:

a. \$1,500 या अधिक का तिमाही पेरोल? हाँ नहीं यह पहली बार होने या घटित होने की तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

a. 20 सप्ताह में कम से कम एक कर्मचारी? हाँ नहीं यह पहली बार होने या घटित होने की तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

16. कर्मचारी लीजिंग कंपनी? हाँ नहीं

17. कृषि कर्मचारी:

a. \$20,000 या उससे अधिक का तिमाही पेरोल? हाँ नहीं यह पहली बार होने या घटित होने की तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

b. 20 सप्ताह में कम से कम 10 कर्मचारी? हाँ नहीं यह पहली बार होने या घटित होने की तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

18. घरेलू कर्मचारी:

\$1,000 या अधिक का तिमाही पेरोल? हाँ नहीं यह पहली बार होने या घटित होने की तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

19. गैर-लाभ संगठन

20 हफ्तों में चार या अधिक श्रमिक? हाँ नहीं यह पहली बार होने या घटित होने की तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

20. सरकारी इकाई: (इनमें से एक प्रकार को चुनें)

फेडरल

राज्य

लोकल

अन्य: _____

21. बेरोजगारी कर कवरेज के स्वैच्छिक चुनाव? हाँ नहीं

22. FUTA के लिए फेडरल सरकार के लिए उत्तरदायी? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कितने वर्ष(र्षों) के लिए? _____

23. किसी अन्य व्यवसाय के साथ अधिग्रहित या विलय, या व्यवसाय के स्वामित्व में कोई अन्य परिवर्तन किया:

a. पहले मालिक का नाम _____

b. पहले मालिक की N.C. UI कर संख्या _____

c. पहले मालिक का पता: _____

गली या P.O. बॉक्स

शहर

राज्य

जिप कोड

d. व्यापार की दिनांक हासिल की या बदली गई? _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

e. पहले मालिक के North Carolina व्यवसाय के असल में सारे या एक हिस्से को हासिल किया? सभी हिस्सा

f. क्या अधिग्रहण के समय में व्यवसाय किया गया था? हाँ नहीं समापन तिथि _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

g. क्या पहले मालिक ने NC में कर्मचारी बनाए रखे हैं? हाँ नहीं

24. क्या नियोक्ता के कर्मचारी हैं, जिन्हें वे स्वयं-नियोजित या स्वतंत्र ठेकेदार मानते हैं? हाँ नहीं

25. मालिकों की सूची दें (मूल निगम, एकमात्र मालिक, सभी सामान्य साझेदार, प्रमुख कॉर्पोरेट अधिकारी, या सदस्य।) उन लोगों के लिए एक सूची संलग्न करें, जिनके लिए नीचे कोई स्थान नहीं है।

पहला नाम	मध्य नाम	आखिरी नाम	शीर्षक	SSN ()
गली या P.O. बॉक्स		शहर	राज्य जिप कोड	फोन
पहला नाम	मध्य नाम	आखिरी नाम	शीर्षक	SSN ()
गली या P.O. बॉक्स		शहर	राज्य जिप कोड	फोन
पहला नाम	मध्य नाम	आखिरी नाम	शीर्षक	SSN ()
गली या P.O. बॉक्स		शहर	राज्य जिप कोड	फोन

टिप्पणियाँ