

Employer Status Report

कृपया निर्देशों को पढ़ें!

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

कृपया काली स्याही में टाइप या प्रिंट करें 10 दिनों के भीतर des.nc.gov पर रिटर्न ऑनलाइन दायर करें

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 सैंकशन	M/W	काउंटी		ERA	आत्म	
चालू	P1	P2	P3	P4	P5	अगला			
मूल	इंडस्ट्रीज़ सीटीआर	प्रतिक्रिया तिथि		L अनुमति		St समयोजन	TA		
PC अनुमति									

- फेडरल ID नंबर: _____
- ID नंबर की राजस्व रोक के 2. N.C. विभाग: _____
- पहले से दी गई North Carolina कोई बेरोजगारी कर संख्या: _____
- नियोक्ता का नाम: _____
कानूनी इकाई का सही नाम दर्ज करें - अधिक विवरण के लिए निर्देश देखें
- व्यापार का नाम: _____
- डाक पता: _____
गली या P.O. बॉक्स शहर राज्य ज़िप कोड
- फोन नंबर: (____) _____ - _____
- फैक्स नंबर: (____) _____ - _____
- संपर्क व्यक्ति: _____ शीर्षक: _____
फोन नंबर: (____) _____ - _____ ई-मेल पता: _____
- N.C. व्यावसायिक स्थान: _____ अगले 12 महीनों में अपेक्षित कर्मचारियों की संख्या: _____
गली (पोस्ट ऑफिस बॉक्स मत लिखें)
शहर N.C. ज़िप कोड काउंटी
(सभी NC स्थानों की एक सूची संलग्न करें, अगर कोई एनसी व्यावसायिक स्थान नहीं है, तो प्राथमिक कर्मचारी के घर का पता दर्ज करें)
- ऑनरशिप के प्रकार को जाँचें: व्यक्तिगत सामान्य साझेदारी निगम सीमित भागीदारी - सभी सामान्य साझेदारों की सूची संलग्न करें
उप-अध्याय S निगम 501(c)(3) - सरकारी को कॉपी सरकारी
LLC कर व्यक्तिगत रूप में लगाया
LLC कर सामान्य साझेदारी में लगाया
LLC कर निगम में लगाया
भारतीय जनजातीय सरकारें/उद्यम अवहेलना इकाई
अन्य: _____
- North Carolina संचालन में की गई मुख्य गतिविधियाँ या सेवाएँ दर्ज करें:
- 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 (हेडक्वार्टर, आदि) स्टोरेज/गोदाम
अनुसंधान, विकास या परीक्षण अन्य _____
- North Carolina में पहली बार एक या ज्यादा कर्मचारियों की रोजगार देने की तिथि: _____ / _____ / _____
MM DD YYYY
- आम कर्मचारी:
a. क्या आपके पास 1,500 डॉलर या इससे अधिक तिमाही का पेरोल है? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो इसकी या घटित होने की दिनांक दर्ज करें। MM DD YYYY
b. क्या कैलेंडर वर्ष के दौरान आप या आप कम से कम एक कार्यकर्ता को 20 विभिन्न कैलेंडर हफ्तों में काम करेंगे?
यदि हाँ, तो पहली बार होने या दर्ज की जाने की दिनांक लिखें। हाँ नहीं
नहीं _____ / _____ / _____
MM DD YYYY
- क्या आप एक कर्मचारी लीज़िंग कंपनी हैं? हाँ नहीं
- कृषि व्यवसायियों: _____

a. क्या आपके पास \$20,000 या उससे अधिक का त्रैमासिक पेरोल होगा?

यदि हाँ तो इसके होने या घटित होने की दिनांक दर्ज करें

हाँ

नहीं

_____/_____/_____
MM DD YYYY

b. क्या एक कैलेंडर वर्ष के दौरान आप या कम से कम 10 कर्मचारी 20 विभिन्न कैलेंडर हफ्तों में काम करेंगे?

यदि हाँ इसके पहली बार होने या घटित होने की दिनांक दर्ज करें।

हाँ

नहीं

_____/_____/_____
MM DD YYYY

18. घरेलू कर्मचारी:

क्या आप या निजी घर, कॉलेज क्लब, बिरादरी या भव्यता में घरेलू सेवा के लिए एक कैलेंडर तिमाही में 1,000 डॉलर या उससे अधिक का भुगतान करेंगे? यदि हां, तो इसकी या घटित होने की दिनांक दर्ज करें।

हाँ नहीं

MM / DD / YYYY

19. गैर-लाभ संगठन: (आंतरिक राजस्व संहिता की धारा 501(c)(3) के तहत छूट की संघीय पत्र की एक कॉपी संलग्न करें।)

क्या कैलेंडर वर्ष के दौरान आप 20 विभिन्न कैलेंडर सप्ताह में चार या अधिक श्रमिकों को नियुक्त करेंगे? यदि हां, तो इसकी या घटित होने की दिनांक दर्ज करें।

हाँ नहीं

MM / DD / YYYY

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

फेडरल राज्य लोकल अन्य: _____

21. यदि आप अन्यथा बेरोजगारी कर कानून के अधीन नहीं हैं, तो पूर्ववर्ती मानदंड (15-20 आइटम) के तहत, क्या आप अपने कर्मचारियों को स्वेच्छा से बेरोजगारी बीमा के लिए कवर करना चाहते हैं?

हाँ नहीं

22. क्या आपने कभी फेडरल बेरोजगारी कर (FUTA) का भुगतान किया है? यदि हां, तो कौन से साल(ों) में? _____

हाँ नहीं

23. यदि आपने अधिग्रहण किया है, संपत्तियों को स्थानांतरित कर दिया है या किसी अन्य व्यवसाय के साथ विलय कर दिया है या व्यापार के स्वामित्व में कोई अन्य परिवर्तन किया है, जिसमें बदलाव शामिल हैं, जैसे कि एकमात्र स्वामित्व से एक निगम या साझेदारी के लिए, निम्नलिखित को पूरा करें:

a. पहले मालिक का नाम: _____
(पूरा संगठनात्मक नाम, व्यापार नाम सहित)

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

c. पहले मालिक का पता: _____
गली या P.O. बॉक्स .शहर .राज्य .ज़िप कोड

d. आपने किस तारीख को व्यवसाय हासिल किया या बदल दिया? _____
MM / DD / YYYY

e. क्या आपने पूर्व मालिक के नॉर्थ कैरोलिना व्यवसाय के सभी या एक हिस्से का अधिग्रहण किया है? सभी हिस्सा (बतायें) % _____

f. जब आप इसे हासिल कर लिया था, तो क्या उस समय व्यवसाय संचालित था? हाँ नहीं समापन तिथि _____
MM / DD / YYYY

g. जब आपने इसे हासिल किया था, क्या उस समय दिवालियापन में व्यवसाय था? हाँ नहीं

h. क्या पहला मालिक North Carolina के कर्मचारियों को जारी रखेगा? हाँ नहीं

24. क्या आपके पास ऐसे श्रमिक हैं जो आपके व्यवसाय के लिए सेवाएं लेते हैं, जिनके बारे में आप स्वयं-नियोजित या स्वतंत्र ठेकेदार मानते हैं? यदि हाँ, तो सूची को संलग्न करने के निर्देश देखें।

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

गली या P.O. बॉक्स

शहर

राज्य

जिप कोड

फोन

सुनिश्चित करें कि सभी लागू आइटम हस्ताक्षर करने से पहले पूरा किये गये हों

में प्रमाणित करता हूँ कि इस फॉर्म में दर्ज की गई जानकारी सही और सटीक है, और मैं बेरोजगारी कर दायित्व को निर्धारित करने के लिए इस रिपोर्ट को पूरा करने के लिए नामित नियोक्ता इकाई द्वारा अधिकृत हूँ।

हस्ताक्षर

शीर्षक

MM / DD / YYYY