

**ДАННЫЙ ОТЧЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВСЕХ РАБОТОДАТЕЛЕЙ И БУДЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ В СООТВЕТСТВИИ С  
ЗАКОНОМ О ГАРАНТИИ ЗАНЯТОСТИ, ОБЩИМ ПОЛОЖЕНИЕМ 96 И ПРЕДПИСАНИЯМИ ОТДЕЛА.**

**Отчет о статусе  
работодателя**

**Пожалуйста, прочтите  
инструкции!**

Департамент торговли штата СК  
Отдел гарантии занятости  
Почтовый ящик 26504  
Raleigh, N.C. 27611-6504

**Пожалуйста, напечатайте с  
использованием черной краски  
или подайте онлайн [des.nc.gov](http://des.nc.gov)  
Необходимо отправить назад в  
течение 10 дней**

Только для служебного использования:				№ счета			Ответст. Д Н	A/C/AS
Корн.	OW/OF	S Доб.	ET AL	S/PR	BR	Дата отв.		
Уд. после			Раз. закона	M/W	Округ		ERA	Собс.
Тек.	P1	P2	P3	P4	P5	След.		
Ориг.	Пр.конт.	Дата реарг.		L пис.		Гос. поп.	ТА	
PC пис.								

1. ИНН: \_\_\_\_\_ 2. ID-номер, присвоенный Департаментом налогов и сборов штата Северная  
Каролина: \_\_\_\_\_

3. Введите какие-либо ранее присвоенные номера в связи с выплатой пособия по безработице в Северной Каролине: \_\_\_\_\_

4. Имя/название работодателя: \_\_\_\_\_  
*Введите точное название юридического лица - см. дополнительную информацию в инструкциях)*

5. Торговое наименование: \_\_\_\_\_

6. Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Подробный адрес или абонентский ящик* \_\_\_\_\_ *Город* \_\_\_\_\_ *Штат* \_\_\_\_\_ *Индекс*

7. Телефонный номер: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 8. Номер ФАКСА: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

9. Контактное лицо: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_

Телефонный номер: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

10. Место ведения бизнеса в штате СК: \_\_\_\_\_ *Подробный адрес (не используйте абонент. ящик)* \_\_\_\_\_ Ожидаемое к-во сотрудников  
в следующие 12 месяцев: \_\_\_\_\_  
Сев. Кар.

\_\_\_\_\_ *Город* \_\_\_\_\_ *Индекс* \_\_\_\_\_ *Округ*  
*(Присоедините список ВСЕХ мест ведения бизнеса в Сев. Кар., если такие места в Сев. Кар. отсутствуют, введите  
основной домашний адрес работника)*

11. Отметьте тип собственности:

<input type="checkbox"/> Индивидуальная	<input type="checkbox"/> Компания в соотв. с подразд. S	<input type="checkbox"/> ООО, облагаемое налогами как индивидуальное
<input type="checkbox"/> Компания с неограниченной ответс.	<input type="checkbox"/> 501(c)(3) - Присоедините копию	<input type="checkbox"/> ООО, облагаемое налогами как товарищество
<input type="checkbox"/> Корпорация	<input type="checkbox"/> Правительственная	<input type="checkbox"/> ООО, облагаемое налогами как корпорация
<input type="checkbox"/> Командитное товарищество - Присоедините копию ВСЕХ главных партнеров		<input type="checkbox"/> Индейские племенные правительства/предприятия
		<input type="checkbox"/> Образование, не являющееся юридическим лицом
		<input type="checkbox"/> Другое: _____

12. Введите основную деятельность или услуги, предоставляемые в Северной Каролине: \_\_\_\_\_

13. Если Вы являетесь частью более крупной организации, и Вашей основной деятельностью является поддержка деятельности такой организации, отметьте один пункт из следующих:

<input type="checkbox"/> Контроль, административная деятельность (главный офис и т.д.)	<input type="checkbox"/> Хранение/складские услуги
<input type="checkbox"/> Исследования, разработка или тестирование	<input type="checkbox"/> Другое _____

14. Введите дату начала трудоустройства одного или более сотрудников в Сев. Кар. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ММ ДД ГГГГ

*Для пунктов от 15 до 20 отметьте только ОДИН применимый пункт*

15. ОБЩИЕ РАБОТОДАТЕЛИ:

a. Ваша платежная ведомость за квартал составляет или составляла \$1 500 или больше?      /    /      
Да  Нет

Если да, введите дату, когда это произошло или планируется. ММ ДД ГГГГ

b. Обеспечили ли вы или планируете обеспечить трудоустройство, по меньшей мере, одного сотрудника на протяжении 20  
непоследовательных календарных недель в течение

календарного года?  Да  Нет     /    /      
ММ ДД ГГГГ

16. Являетесь ли Вы КОМПАНИЕЙ ПО АРЕНДЕ ПЕРСОНАЛА?  Да  Нет

17. РАБОТОДАТЕЛИ В С/Х СФЕРЕ:

a. Ваша платежная ведомость за квартал составляет или составляла \$20 000 или больше?  Да  Нет     /    /      
Если да, введите дату, когда это произошло или планируется. ММ ДД ГГГГ

b. Обеспечили ли вы или планируете обеспечить трудоустройство, по меньшей мере, десяти сотрудников на протяжении 20  
непоследовательных календарных недель в течение

календарного года?  Да  Нет     /    /      
ММ ДД ГГГГ

**18. РАБОТОДАТЕЛИ В СФЕРЕ БЫТОВОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ:**

Заплатили ли Вы или планируете заплатить \$1000 или больше в календарный квартал за бытовые услуги, предоставленные для личного жилища, клуба, братства или сестринства в колледже? Если да, введите дату, когда это произошло или планируется.

Да  Нет        /        /         
ММ ДД ГГГГ

**19. НЕПРИБЫЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: (Присоедините копию Федерального письма о налоговых льготах в соотв. с Разделом 501(с)(3) Налогового законодательства США.)**

б. Обеспечили ли вы или планируете обеспечить трудоустройство, по меньшей мере, четырех или более сотрудников на протяжении 20 непоследовательных календарных недель в течение календарного года?

Да  Нет        /        /         
ММ ДД ГГГГ

Если да, введите дату, когда это произошло или планируется.

**20. ПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: (отметьте один из типов ниже)**

Федеральная  Штат  Местная  Другое: \_\_\_\_\_  
 служба

21. Если на Вас не распространяются какие-либо другие обязательства по уплате налога в соответствии с законом о налогах в фонд по безработице помимо предыдущих критериев (пункты 15-20), желаете ли Вы добровольно покрыть страхование по безработице для своих сотрудников?

Да  Нет

22. Вы когда-либо платили Федеральный налог в фонд пособий по безработице (FUTA)?

Да  Нет

Если да, за какой(ие) год(ы)? \_\_\_\_\_

23. Если Вы осуществили приобретение, передачу активов или слияние с другим бизнесом или же внесли какие-либо другие изменения в форму собственности своего бизнеса, включая такие изменения, как переход от единоличного частного предприятия к корпорации или товариществу, заполните следующее:

a. Имя/название предыдущего владельца:

\_\_\_\_\_

*(Полное название организации, включая торговое наименование)*

b. Налоговый номер N.C. UI предыдущего владельца: \_\_\_\_\_

c. Адрес предыдущего владельца: \_\_\_\_\_  
Подробный адрес или абонентский ящик Город Штат Индекс

d. Дата приобретения или внесения изменений в деятельность: \_\_\_\_\_  
ММ ДД ГГГГ

e. Вы приобрели весь бизнес предыдущего владельца в Северной Каролине или его часть?  Весь  Часть (укажите) %\_

f. Был ли бизнес действующим на момент его приобретения Вами?  Да  Нет  
 Дата закрытия        /        /         
ММ ДД ГГГГ

g. Был ли бизнес признан банкротом на момент его приобретения Вами?  Да  Нет

h. Остались ли у прежднего владельца сотрудники в Северной Каролине?  Да  Нет

24. Имеются ли у Вас сотрудники, предоставляющие услуги для Вашего бизнеса, которых Вы считаете индивидуальными предпринимателями или независимыми подрядчиками? Если да, см. в инструкциях список, который должен быть присоединен.

Да  Нет

25. Приведите список всех владельцев (головная компания, индивидуальный предприниматель, **ВСЕ** главные партнеры, главные должностные лица или члены компании). Если Вам не хватает места, приведите их список ниже.

Имя	Среднее имя	Фамилия	Должность	SSN или FEIN
Подробный адрес или абонентский ящик		Город	Штат	Индекс ( ) - Телефон
Имя	Среднее имя	Фамилия	Должность	SSN или FEIN
Подробный адрес или абонентский ящик		Город	Штат	Индекс ( ) - Телефон
Имя	Среднее имя	Фамилия	Должность	SSN или FEIN
Подробный адрес или абонентский ящик		Город	Штат	Индекс ( ) - Телефон

**Перед подписанием убедитесь, что заполнили все применимые пункты**

Я подтверждаю, что введенная в данный бланк информация является достоверной и точной, а также что я уполномочен вышеупомянутым работодателем на заполнение данного отчета в целях определения обязательств по уплате налога в фонд пособия по безработице.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Должность

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ММ ДД ГГГГ