

Informe de Estado del Empleador

¡Por favor, lea las instrucciones!
 NC Dept. of Commerce
 Division of Employment Security
 Post Office Box 26504
 Raleigh, N.C. 27611-6504

Escriba o Imprima en Letra Color Negra
 o Archive en línea por des.nc.gov
 Vuelva dentro de 10 días

Para Uso Exclusivo de la Agencia:				Cuenta No.			Responsable S N		A/C/A S
Raíz	OW/OF	S Agg.	ET AL	S/PR	BR	Fecha Resp.			
Después del			Ley Seg.		M/W	Condado		ERA	Propio
Curr	P1	P2	P3		P4	P5	Siguiente		
Orig.	Ind Ctr.	Fecha Reac.			Let L		St Adj	TA	
Let PC									

1. Número de Identificación Federal: _____ 2. N° ID de Retención del Dept. de Ingresos de CN: _____
3. Cualquier Número de Identificación Fiscal de Desempleo asignado previamente Carolina del Norte: _____
4. Nombre del empleador: _____
(Introduzca el nombre exacto de la persona jurídica - para más detalles, véase las instrucciones)
5. Nombre Comercial: _____
6. Dirección de Envío: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código postal
7. Número de Teléfono: () - _____ 8. Número de FAX: () - _____
9. Persona de Contacto: _____ Título: _____
 Número de Teléfono: () - _____ Dirección de Correo Electrónico: _____
10. Ubicación de la empresa en CN: _____ Número de empleados esperados en los próximos 12 meses: _____
Calle (No utilice un apartado de correos)

_____ Ciudad (Estado N.C.) _____ Código postal _____ Condado
(Adjunte una lista de todas las ubicaciones de Carolina del Norte, si no hay ninguna ubicación de empresa en Carolina del Norte, introduzca la dirección primaria del empleado)

11. Compruebe el tipo de propiedad:

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Sub-capítulo S Corporación	<input type="checkbox"/> LLC gravado como individual
<input type="checkbox"/> Sociedad General	<input type="checkbox"/> 501 (c)(3) – Adjunte una copia	<input type="checkbox"/> LLC gravado como Asociación
<input type="checkbox"/> Corporación	<input type="checkbox"/> Gubernamental	<input type="checkbox"/> LLC gravado como Corporación
<input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada - Adjunte una lista de todos los socios generales		<input type="checkbox"/> Indias tribales Gobiernos/Empresas
		<input type="checkbox"/> Entidad no Considerada
		<input type="checkbox"/> Otro: _____
12. Introduzca la actividad o servicios principales realizados en su operación en Carolina del Norte: _____
13. Si es parte de una organización más grande y se dedica principalmente a la prestación de servicios de apoyo a la organización, marque uno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Control, Administrativo (Sede, etc.)	<input type="checkbox"/> Depósito/Galpón
<input type="checkbox"/> Investigación, desarrollo o prueba	<input type="checkbox"/> Otro _____
14. Fecha en que empleó por primera vez uno o más trabajadores en Carolina del Norte: _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

Para los artículos 15 a 20, marque sólo el elemento que se aplica

15. PATRONES GENERALES:
 - a. ¿Tiene o tendrá una nómina trimestral de \$1,500 o más? Sí No _____ / _____ / _____
 Si es así, introduzca la fecha en que esto ocurrió u ocurrirá. MM DD AAAA
 - b. ¿Tiene o empleará al menos un trabajador de cada 20 semanas diferentes de calendario durante un año del calendario? Sí No _____ / _____ / _____
 Si es así, introduzca la fecha en que esto ocurrió u ocurrirá. MM DD AAAA
16. ¿Es una compañía de arrendamiento de empleados? Sí No
17. EMPLEADORES AGRÍCOLAS
 - a. ¿Tiene o tendrá una nómina trimestral de \$20.000 o más? Sí No _____ / _____ / _____
 Si es así, introduzca la fecha en que esto ocurrió u ocurrirá. MM DD AAAA
 - b. ¿Tiene o empleará al menos 10 trabajadores en 20 semanas diferentes de calendario durante un año calendario? Sí No _____ / _____ / _____
 Si es así, introduzca la fecha en que esto ocurrió u ocurrirá. MM DD AAAA

18. EMPLEADORES DOMÉSTICOS

¿Tiene o va a pagar \$1,000 o más en un trimestre calendario para el servicio doméstico en una casa privada, club universitario, fraternidad o hermandad? En Sí No / / /
MM DD AAAA

19. ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS: (Adjunte una copia de la Carta Federal de Exención bajo la Sección 501 (c) (3) del Código de Rentas Internas.)

¿Ha contratado o va a emplear a cuatro o más trabajadores en 20 semanas calendario diferente durante un año calendario? En caso afirmativo, ingrese la fecha en que ocurrió o ocurrirá. Sí No / / /
MM DD AAAA

20. ENTIDAD GUBERNAMENTAL: (Comprobar un tipo abajo)

Federal Estado Local Otros: _____

21. Si no está sujeto a la ley de impuestos sobre el desempleo bajo uno de los criterios anteriores (ítems 15-20), ¿desea cubrir voluntariamente a sus empleados para el seguro de desempleo? Sí No

22. ¿Alguna vez pagó el impuesto federal por desempleo (FUTA)? Sí No

En caso afirmativo, ¿para _____
qué añ (s)?

23. Si ha adquirido, transferido activos o se ha fusionado con otra empresa, o ha realizado otros cambios en la propiedad de la empresa, incluyendo cambios, como de una empresa individual a una corporación o sociedad, complete lo siguiente:

a. Nombre del Antiguo Titular: _____
(Nombre completo de la organización, incluyendo nombre comercial)

b. Número de Identificación Fiscal de Seguro de Desempleo del Ex propietario: _____

c. Dirección del Ex propietario: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código postal

d. ¿En qué fecha se adquirió o cambió el negocio? / / /
MM DD AAAA

e. ¿Ha adquirido la totalidad o una parte del negocio de Carolina del Norte del anterior propietario? Todas Porción (especifique) %

f. ¿Estaba el negocio en operación en el momento en que lo adquirió? Sí No Fecha de cierre / / /
MM DD AAAA

g. ¿Estaba el negocio en bancarota en el momento en que lo adquirió? Sí No

h. ¿El antiguo dueño continúa teniendo empleados en Carolina del Norte? Sí No

24. ¿Tiene trabajadores que prestan servicios para su negocio a quienes considera trabajadores autónomos o contratistas independientes? En caso afirmativo, vea las instrucciones para la lista que se adjunta. Sí No

25. Lista de propietarios (sociedad matriz, propietario único, TODOS los socios generales, funcionarios corporativos principales o miembros). Adjunte una lista de aquellos para los que no hay espacio debajo.

_____ Primer Nombre	_____ Segundo nombre	_____ Apellido	_____ Título	_____ NSS o FEIN
_____ Calle o Apartado Postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal	() - Teléfono
_____ Primer Nombre	_____ Segundo nombre	_____ Apellido	_____ Título	_____ NSS o FEIN
_____ Calle o Apartado Postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal	() - Teléfono
_____ Primer Nombre	_____ Segundo nombre	_____ Apellido	_____ Título	_____ NSS o FEIN
_____ Calle o Apartado Postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal	() - Teléfono

Asegúrese de que todos los puntos que correspondan se completan antes de firmar

Certifico que la información introducida en este formulario es verdadera y correcta, y que estoy autorizado por la unidad de empleo llamado para completar este informe para determinar la obligación tributaria desempleo.

Firma _____ Título _____ / / /
MM DD AAAA