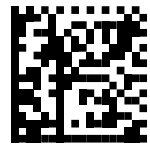




**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance**



999999

Auditoría Salarial – 2da Solicitud del Salario trimestral

JACK T HOOVER
700 WADE AVE
UNIT 32
RALEIGH, NC 27605-1154

Fecha de Envío: 24 de febrero de 2017
Claimant Name: JACK T HOOVER Mr
SSN: XXX-XX-XXXX
Fecha de Contratación: 01/2001

Instrucciones al Empleador

El 1ro de enero del 2001 le enviamos una solicitud de información de salarios sobre el reclamante nombrado arriba. Aún no hemos recibido una respuesta o el formulario completo. La Sección 96-18(a) de los Estatutos Generales de North Carolina requiere que los empleadores proporcionen registros con cualquier autenticación necesaria de este, requerida para la acusación de cualquier acción criminal según esta sección. Aplicar por los Beneficios del Seguro de Desempleo cuando se está trabajando y no reportar correctamente los ingresos brutos, puede ser considerado una acción criminal. Este individuo aplicó a los beneficios en las semanas indicadas en la segunda página de este formulario. Su reporte al Registro Federal de Contribuyentes Patronales (FEIN por sus siglas en inglés) muestra que a este individuo se le pagaron \$0.00 en salarios durante el trimestre o de trimestre Año.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES SIGUIENTES ANTES DE INTENTAR COMPLETAR ESTE FORMULARIO

SAMPLE

- Ítem 1 Introduzca la primera fecha de empleo (no necesariamente la fecha de contratación).
- Ítem 2 Introduzca la última fecha trabajada efectivamente (si aplica).
- Ítem 3 Introduzca la tarifa de pago inicial y llene la casilla asociada con la tarifa de pago
- Ítem 4 Llene las casillas para el estado laboral correspondiente.
- Ítem 5 Llene la casilla apropiada para la disponibilidad de los registros de pago y hora.
- Ítem 6 Llene la casilla para el periodo de pago usado e introduzca la (s) fecha(s) de finalización del periodo de pago.
- Ítem 7 Llene las casillas que aplican a la semana estándar del individuo.
- Ítem 8 Introduzca el total de horas trabajadas por el individuo en las semanas especificadas.
- Ítem 9 Introduzca la fecha en la que se le pagó al individuo por la semana especificada.
- Ítem 10 Introduzca la cantidad de salarios brutos ganados por el trabajo realizado cada semana especificada
- Ítem 11 Introduzca la cantidad de cualquier Otro Pago devengado por el individuo para las semanas especificadas.
- Ítem 12 Introduzca en la columna "Tipo de Otro Pago" el número apropiado de acuerdo a las opciones presentadas abajo.
1 – Pago de Feriados 2 – Pago de Vacaciones 3 – Pago de Bono 4 – Pago por
enfermedad o por discapacidad 5 - Pensión 6 – Pagos Atrasados 7- Liquidación 8 – Otro

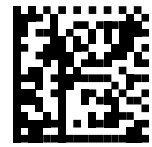
Ejemplo de pagos brutos reales de \$300.55 y donde el reclamante recibió un bono de \$100.00.

Código de entrada de datos	Fecha de terminación de la semana sábado	8.Total de Horas Trabajadas	9. Fecha de Pago	10. Salarios Brutos	11. Otros Pagos	12. Otro Tipo de Pagos
1	30 de julio de 2016	40	5 de Agosto de 2016	300.55	100.00	3

Punto 13 Firme y coloque la fecha al final del formulario de auditoría. Todos los campos deben ser validados por su nombre, firma y título, la fecha actual y su número telefónico. Por favor proporcione su dirección de correo electrónico si aplica.

Nota: Puede accederse a este formulario y entregarse a través de nuestro sitio web, des.nc.gov. Desde la página de inicio del sitio, escoja "Servicios a Empresas" e ingrese usando su número de cuenta y PIN, haga clic en el enlace Responder a un Aviso de Auditoria de Salario para responder.

Ayúdenos a evitar el Fraude de Seguro de Desempleo respondiendo de manera oportuna y con precisión cualquier solicitud de información



Estamos auditando únicamente las semanas impresas en este formulario, por favor, no cambie las fechas mostradas.

Nombre del Reclamante: JACK T HOOVER Mr
 Nombre del Empleador: nombre
 Oficina Local: Número de Oficina local

SSN de Reclamante: XXX-XX-XXXX
 Número de cuenta del Empleador: Número Cuenta Empleador

1 Fecha de Inicio del Trabajo: _____ 2 Fecha final del Trabajo: _____ 3 Tarifa del pago \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Quincenalmente 4 Estado del empleo del trabajador (escoja uno) <input type="checkbox"/> Aun empleado <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> Por turnos/Según sea necesario <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> Sólo estacional <input type="checkbox"/> Ya no está empleado <input type="checkbox"/> Despedido debido a falta de trabajo Otros Tipos de Pago: 1=Feriado, 2=Vacaciones, 3=Bono, 4=Enfermedad/discapacidad, 5=Pensión, 6=Pago atrasado,7=Liquidación, 8=Otro Pago (Por favor explique)		5 Los registros de hora y pago originales están disponibles de ser necesario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 6 Información del periodo de pago <input type="checkbox"/> Mensual El periodo de pago termina en: _____ <input type="checkbox"/> Bimensual El periodo de pago termina en: _____ El periodo de pago termina en: _____ <input type="checkbox"/> Quincenal El periodo de pago termina en: _____ <input type="checkbox"/> Semanal El periodo de pago termina en: _____ <input type="checkbox"/> Diario (solo si el pago es por día) 7 Días estándar en la semana de trabajo (marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sab				
Código de entrada de datos	Fecha de terminación de la semana sábado	8.Total de Horas Trabajadas	9. Fecha de Pago	10. Salarios Brutos	11. Otros Pagos	12. Tipo de otros pagos
1	01/01/2001	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>

12Certificación del Empleador: Mediante la presente certifico que la información que he proporcionado en este formulario es, a mi saber y entender, verdadera y correcta.

Nombre en Imprenta

Firma

Título

Fecha

Extensión telefónica

No. de Fax

Correo electrónico

Fecha de envío por correo o fax

Entregue el formulario complete dentro de los próximo 15 Días

Envíe por correo o fax al:

Post Office Box 25903
 Raleigh, NC 27611-5903
 Fax Number 919.857.1296