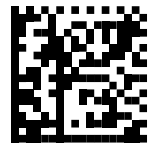




**North Carolina Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Unemployment Insurance**



999999

**Auditoría Salarial – Información y Pistas**

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

Fecha de Envío: 24 de febrero del  
2017

Nombre: JACK T HOOVER Mr  
SSN: XXX-XX-XXXX

Estimado empleador:

Como parte de nuestro esfuerzo continuo para asegurar la integridad del programa de Seguro de Desempleo, se está realizando una auditoría al individuo nombrado arriba. La información indica que usted empleo a este individuo durante todas o parte de las semanas mencionadas en la página dos de este formulario.

Sinceramente,

Investigador	David Freman
Teléfono: 919-382-0964	Fax: 919.857.1296

**ATENCIÓN: Esto no es una factura de cargos. Su pronta respuesta puede resultar en créditos que podrían eliminar los cargos a su cuenta.**

**Instrucciones al Empleador**

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

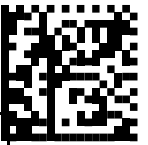
La Sección 96-18(a) de los Estatutos Generales de North Carolina requiere que los empleadores proporcionen registros, con cualquier autenticación necesaria de este, requerida para la acusación de cualquier acción criminal según esta sección. Aplicar por los Beneficios del Seguro de Desempleo cuando se 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.

**Por favor reporte** los salarios BRUTOS. Aunque su periodo de nómina puede ser diferente a la semana-calendario de siete días solicitada en este formulario, por favor complete el formulario para las semanas especificadas usando sus registros de salarios diarios de ser posible. La semana de reclamo es la semana calendario domingo a sábado e incluye la "Fecha de Finalización de la Semana". El Reclamante es responsable de reportar los salarios en esos periodos de siete días. Por favor, escriba los números lo más claramente posible.

Por favor siga estos pasos para completar la segunda página de este formulario de auditoría:

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

1 – Feriado	2 – Vacaciones	3 – Bono	4 – Pago por enfermedad o por discapacidad
5 - Pensión	6 – Pago Atrasado	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. Tipo de otros 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](http://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.

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	01/06/2001	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>

12 Certificación 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