

Employer Status Report

Please Read Instructions!

Bộ phận Thương mại NC
 Khôi An Toàn Lao Động
 Hòm thư 26504
 Raleigh, N.C. 27611-6504

Please Type or Print in Black Ink
 or File Online des.nc.gov
 Return Within 10 Days

Chỉ các cơ quan sử dụng:			Số tài khoản.				Trách nhiệm có không	A/C/AS
nguồn	OW/OF	S Add	ET AL	S/PR	BR	Ngày đưa ra quyết định về trách nhiệm pháp lý		
xóa bỏ sau ngày này			Law Sec	M/W	Hạt	ERA	Sở hữu	
Curr	P1	P2	P3	P4	P5	Tiếp		
Orig	Ind Ctr	Ngày phản hồi		L Let	St Adj	TA		
PC Let								

- Số ID Liên bang: _____
- Bộ phận thu nhập N.C giữ số ID: _____
- Nhập bất kỳ số thuế thất nghiệp nào của Bang North Carolina được giao trước đây: _____
- Tên Người sử dụng lao động: _____
Nhập tên chính xác của pháp nhân hợp pháp – xem hướng dẫn để biết thêm chi tiết)
- Tên Thương mại: _____
- Địa chỉ gửi thư: _____
Tên Đường hoặc Hòm thư *Thành phố* *Bang* *Mã bưu điện*
- Số điện thoại: () - _____
- Số FAX: () - _____
- Người liên hệ: _____ Chức danh: _____
 Số điện thoại: () - _____ Địa chỉ E-mail: _____
- Địa điểm kinh doanh N.C: _____ Số nhân viên dự kiến trong 12 tháng tới: _____
Tên Đường(Không sử dụng hòm thư) *N.C.*

Thành phố _____ Mã bưu điện _____ Hạt _____
 (Đính kèm tất cả các địa điểm tại NC, nếu không có vị trí kinh doanh tại NC, hãy nhập địa chỉ nhà của nhân viên chính)

- Điền loại hình chủ sở hữu:

<input type="checkbox"/> Cá nhân	<input type="checkbox"/> Công ty nội bộ	<input type="checkbox"/> LLC bị đánh thuế với tư cách cá nhân
<input type="checkbox"/> Công ty hợp danh	<input type="checkbox"/> 501(c)(3) - Đính kèm bản sao	<input type="checkbox"/> LLC bị đánh thuế với tư cách Công ty hợp danh
<input type="checkbox"/> Tập đoàn	<input type="checkbox"/> Thuộc chính phủ	<input type="checkbox"/> LLC bị đánh thuế với tư cách Tập đoàn
<input type="checkbox"/> Công ty hợp danh hữu hạn – Đính kèm danh sách TẤT CẢ thành viên hợp danh		<input type="checkbox"/> Các chính phủ/ doanh nghiệp Bộ lạc Ấn Độ
		<input type="checkbox"/> Pháp nhân không liên quan
		<input type="checkbox"/> Khác: _____

- Nhập hoạt động chính hoặc các dịch vụ được thực hiện trong quá trình hoạt động của bạn tại Bang North Carolina: _____

- Nếu bạn thuộc một tổ chức lớn hơn và chủ yếu tham gia vào việc cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho tổ chức đó, hãy chọn một trong các cách sau:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kiểm soát, quản lý (Trụ sở chính, ...) | <input type="checkbox"/> Lưu trữ/ nhà kho |
| <input type="checkbox"/> Nghiên cứu, phát triển hoặc thử nghiệm | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

- Nhập ngày đầu tiên mà bạn tuyển dụng một hoặc nhiều người lao động ở Bang North Carolina: _____ / _____ / _____
 tháng ngày năm

Đối với các Mục từ 15 đến 20, chỉ chọn MỘT mục áp dụng

- NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG CHUNG:
 - Bạn có hoặc bạn sẽ có bảng lương hàng quý từ \$1500 trở lên không? Có Không _____ / _____ / _____
 Nếu có, hãy nhập ngày đã có hoặc sẽ có. tháng ngày năm
 - Bạn có hoặc sẽ sử dụng ít nhất một nhân viên trong 20 tuần dương lịch khác nhau trong một năm dương lịch không?
 Nếu có, hãy nhập ngày đã xảy ra hoặc sẽ xảy ra. Có Không _____ / _____ / _____
 tháng ngày năm
- Bạn có phải là công ty CHO THUÊ NGƯỜI LAO ĐỘNG không? Có Không
- NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG VỀ NÔNG NGHIỆP:
 - Bạn có hoặc bạn sẽ có bảng lương hàng quý từ \$20.000 trở lên không?
 Nếu có, hãy nhập ngày đã có hoặc sẽ có Có Không _____ / _____ / _____
 tháng ngày năm
 - Bạn có hoặc sẽ sử dụng ít nhất 10 nhân viên trong 20 tuần dương lịch khác nhau trong một năm dương lịch không?
 Nếu có, hãy nhập ngày đã xảy ra hoặc sẽ xảy ra. Có Không _____ / _____ / _____
 tháng ngày năm

18. NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG NỘI ĐỊA :

Bạn có hoặc sẽ trả \$1000 trở lên trong một quý dương lịch cho các dịch vụ gia đình tại nhà riêng, câu lạc bộ ở đại học, hội học sinh hoặc hội nữ sinh không? Nếu có, hãy nhập ngày đã xảy ra hoặc sẽ xảy ra. Có Không _____ / _____ / _____ tháng
ngày năm

19. TỔ CHỨC PHI LỢI NHUẬN: (Đính kèm bảo sao Thư miễn trừ của Liên bang theo Mục 501 (c) (3) của Bộ luật Doanh thu nội bộ. Bạn có hoặc sẽ sử dụng bốn hoặc nhiều hơn số người lao động trong 20 tuần dương lịch khác nhau trong một năm dương lịch không? Nếu có, hãy nhập ngày đã xảy ra hoặc sẽ xảy ra. Có Không _____ / _____ / _____ tháng
ngày năm

20. TỔ CHỨC CHÍNH PHỦ: (chọn một loại dưới đây)
 Liên bang Bang Địa phương Khác: _____

21. Nếu bạn không phải tuân thủ luật thuế thất nghiệp theo một trong những tiêu chí trước (mục 15-20), bạn có tự nguyện muốn trả cho người lao động của mình bảo hiểm thất nghiệp không? Có Không

22. Bạn đã bao giờ trả Thuế thất nghiệp Liên bang chưa (FUTA)? Có Không
Nếu có, là những năm nào? _____

23. Nếu bạn đã mua, chuyển nhượng tài sản hoặc hợp nhất với doanh nghiệp khác hoặc thực hiện bất kỳ thay đổi nào khác trong quyền sở hữu doanh nghiệp, bao gồm cả những thay đổi như từ một doanh nghiệp tư nhân sang một công ty hay một công ty hợp danh, hãy hoàn thiện các câu hỏi sau đây:

- a. Tên của chủ sở hữu trước đây: _____
(Tên tổ chức đầy đủ, bao gồm tên thương mại)
- b. Số thuế bảo hiểm thất nghiệp N.C của chủ sở hữu trước đây: _____
- c. Địa chỉ của chủ sở hữu: _____
Tên Đường hoặc Hòm thư Thành phố Bang Mã bưu điện
- d. Bạn mua hoặc thay đổi doanh nghiệp vào ngày nào? _____
tháng ngày năm
- e. Bạn đã mua tất cả hay một phần doanh nghiệp tại North Carolina của chủ sở hữu trước đây? Tất cả Theo phần (Cụ thể) %_
- f. Doanh nghiệp có đang hoạt động vào thời điểm bạn mua không? Có Không Ngày _____
tháng ngày năm
- g. Doanh nghiệp có đang lâm vào tình trạng phá sản vào thời điểm bạn mua không? Có Không
- h. Chủ sở hữu trước đây có tiếp tục sử dụng nhân viên ở North Carolina không? Có Không

24. Bạn có sử dụng người lao động để thực hiện dịch vụ cho doanh nghiệp của mình mà được xem xét là người tự làm chủ hoặc nhà thầu độc lập không? Nếu có, xem hướng dẫn để có danh sách kèm theo. Có Không

25. Danh sách các chủ sở hữu (công ty mẹ, chủ sở hữu tư nhân, TẤT CẢ thành viên hợp danh, cán bộ doanh nghiệp chính, hoặc các thành viên). Đính kèm danh sách của những người mà không được ghi trong ô dưới đây.

_____	_____	_____	_____	_____
Tên	Tên đệm	Họ	Chức danh	SSN hoặc FEIN
_____	_____	_____	_____	_____
Tên Đường hoặc Hòm thư	Thành phố	Bang	Mã bưu điện	() - Điện thoại
_____	_____	_____	_____	_____
Tên	Tên đệm	Họ	Chức danh	SSN hoặc FEIN
_____	_____	_____	_____	_____
Tên Đường hoặc Hòm thư	Thành phố	Bang	Mã bưu điện	() - Điện thoại
_____	_____	_____	_____	_____
Tên	Tên đệm	Họ	Chức danh	SSN hoặc FEIN
_____	_____	_____	_____	_____
Tên Đường hoặc Hòm thư	Thành phố	Bang	Mã bưu điện	() - Điện thoại

Hãy đảm bảo rằng Tất cả các mục có thể áp dụng được hoàn thành trước khi ký kết

Tôi xác nhận rằng thông tin được nhập trong mẫu đơn này là đúng và chính xác, và đơn vị sử dụng lao động có tên nêu trên đã cho phép tôi hoàn thiện báo cáo này để xác định trách nhiệm thuế thất nghiệp.

Chữ ký _____ Chức danh _____ tháng / ngày / năm