

**NCUI 604 CHANGE DOCUMENTATION**

**EN RAISON DU CONTACT AVEC L'EMPLOYEUR OU LE REPRESENTANT AUTORISE, LA DOCUMENTATION DE LA DIVISION DES MODIFICATIONS AUX INSCRIPTIONS SUR LE FORMULAIRE NCUI 604 :**

Seulement pour l'agence :			N° de compte.			Responsable <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N		A/C/AS			
Source	OW/OF	S Ajout	ET AL	Source	OW/OF	S Add					
Del Après			Loi Sec		M/W	Pays		Loi Sec			
Curr	P1		P2		P3		Curr		P1 P2		
Orig		Ind Ctr		Date React		L Let		Orig		Ind Ctr	
PC Let											

Nom de la personne-ressource \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom commercial \_\_\_\_\_

Méthode de contact  Téléphone  Lettre  Autre \_\_\_\_\_

Arbitre / Commissaire aux comptes \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

1. Numéro d'identification fédérale : \_\_\_\_\_ 2. Numéro d'identification de retenue du Département des revenus de N.C. : \_\_\_\_\_

3. Entrez les numéros de l'impôt du chômage précédemment attribués pour North Carolina : \_\_\_\_\_

4. Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

5. Nom commercial : \_\_\_\_\_

6. Adresse postale : \_\_\_\_\_  
Rue ou boîte postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Etat \_\_\_\_\_ Code postale \_\_\_\_\_

7. Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 8. Numéro de fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

9. Personne de contact : \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

10. Lieu de travail en N.C. : \_\_\_\_\_ **Nombre d'employés attendu dans les 12 prochains mois : \_\_\_\_\_**  
rue (ne pas utiliser une boîte postale)

\_\_\_\_\_ N.C. \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code postale \_\_\_\_\_ pays \_\_\_\_\_

11. Cochez le type de propriété :

<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Corporation de type Sous-chapitre S	<input type="checkbox"/> SARL taxée en tant qu'individu
<input type="checkbox"/> Société en nom collectif	<input type="checkbox"/> 501 (c)(3)	<input type="checkbox"/> SARL taxée en tant que société en nom collectif
<input type="checkbox"/> Corporation	<input type="checkbox"/> Gouvernemental	<input type="checkbox"/> SARL taxée en tant que corporation
<input type="checkbox"/> Société en commandite		<input type="checkbox"/> SARL Gouvernements tribaux indiens /entreprises
		<input type="checkbox"/> Entité transparente
		<input type="checkbox"/> Autre : _____

12. Entrez l'activité principale ou les services effectués au cours de votre travail en North Carolina : \_\_\_\_\_

13. Si vous faites partie d'une organisation plus grande et êtes principalement engagé dans la fourniture de services de soutien à cette organisation, cochez l'une des options suivantes :

<input type="checkbox"/> Contrôle, administration (siège, etc.)	<input type="checkbox"/> Stockage / Entrepôt
<input type="checkbox"/> Recherche, développement ou test	<input type="checkbox"/> Autre : _____

14. Entrez la date à laquelle vous avez travaillé pour la première fois à un ou plusieurs travailleurs en North Carolina :  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD YYYY

15. EMPLOYEURS GÉNÉRAUX :

a. Paie trimestrielle de 1 500 \$ ou plus ?  Oui  No Date à laquelle cela s'est produit ou se produira \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD YYYY

a. Au moins un travailleur en 20 semaines ?  Oui  No Date à laquelle cela s'est produit ou se produira \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD YYYY

16. ENTREPRISE DE LOCATION DE SALARIES ?  Oui  No

17. EMPLOYEURS DANS LE DOMAIN AGRICOLE :

a. Une masse salariale trimestrielle de 20 000 \$ ou plus ?  Oui  Non Date à laquelle cela s'est produit ou se produira      /      /       
MM DD YYYY

b. Au moins 10 travailleurs en 20 semaines ?  Oui  Non Date à laquelle cela s'est produit ou se produira      /      /       
MM DD YYYY

18. EMPLOYEURS DOMESTIQUES :

Paie trimestrielle de 1 000 \$ ou plus ?  Oui  Non Date à laquelle cela s'est produit ou se produira      /      /       
MM DD YYYY

19. ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF

Au moins 4 travailleurs en 20 semaines ?  Oui  Non Date à laquelle cela s'est produit ou se produira      /      /       
MM DD YYYY

20. ENTITÉ GOUVERNEMENTALE : (cochez un type ci-dessous)

Fédéral  Etat  Local  Autre : \_\_\_\_\_

21. Choix volontaire de la couverture fiscale du chômage ?  Oui  Non

22. Responsable du gouvernement fédéral pour FUTA ?  Oui  Non

Si oui, pour quelle (s) année (s) ? \_\_\_\_\_

23. Acquis ou fusionné avec une autre entreprise, ou a effectué d'autres modifications dans la propriété de l'entreprise :

a. Nom de l'ancien propriétaire \_\_\_\_\_

b. Numéro de taxe UI de l'ancien propriétaire en N.C. \_\_\_\_\_

c. Adresse de l'ancien propriétaire : \_\_\_\_\_

postale Rue ou boîte postale Ville Etat Code

d. Date d'acquisition ou de modification de l'entreprise ?      /      /       
MM DD YYYY

e. Acquérir la quasi-totalité ou une partie de l'entreprise de North Carolina de l'ancien propriétaire ?  Toute  Parties

f. L'entreprise était-elle en opération au moment acquis ?  Oui  Non Date de fermeture      /      /       
MM DD YYYY

g. L'ancien propriétaire continue-t-il d'avoir des employés en NC ?  Oui  Non

24. L'employeur a-t-il des travailleurs qu'il considère indépendants ou des entrepreneurs indépendants ?  Oui  No

25. Liste des propriétaires (société mère, propriétaire unique, TOUS les partenaires généraux, principaux dirigeants ou membres). Joignez une liste de ceux pour lesquels il n'y a pas d'espace ci-dessous.

Prénom	Deuxième prénom	Nom	Titre	SSN
Rue ou boîte postale		Ville	Etat	Code postale
				( ) Téléphone
Prénom	Deuxième prénom	Nom	Titre	SSN
Rue ou boîte postale		Ville	Etat	Code postale
				( ) Téléphone
Prénom	Deuxième prénom	Nom	Titre	SSN
Rue ou boîte postale		Ville	Etat	Code postale
				( ) Téléphone

NOTES