

**NCUI 604 CAMBIO DOCUMENTACIÓN**

**COMO EL RESULTADO DE CONTACTO CON EL EMPLEADOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO, LO SIGUIENTE ES LA DOCUMENTACIÓN DE LA DE CAMBIOS A LAS INSCRIPCIONES EN EL FORMULARIO NCUI 604:**

Solo para Uso de la Agencia			Cuenta No.			Responsable <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		A/C/AS
Raíz	OW/OF	S Add	ET AL	S/PR	BR	Fecha de Responsabilidad		
Después del			Law Sec	M/W	Condado	ERA	Propiedad	
Act.	P1	P2	P3	P4	P5	Next		
Origen		Ind Ctr	Fecha Reacc.	L Let	St Adj	TA		
PC Let								

Nombre de Persona de Contacto \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_

Método de Contacto  Teléfono  Carta  Otro \_\_\_\_\_

Estado del Mediador/Auditor Fiscal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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 los próximos 12 meses: \_\_\_\_\_  
Calle (No utilice una oficina postal) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAROLINA DEL NORTE \_\_\_\_\_

11. Comprobar 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)	<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		<input type="checkbox"/> LLC indias tribales Gobiernos/Empresas
			<input type="checkbox"/> Entidad no Considerada
			<input type="checkbox"/> Otro: _____

12. Introduzca la actividad o servicios principales realizados en operación en Carolina del Norte: \_\_\_\_\_

13. Si el empleador 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:

Control, Administrativo (Sede, etc.)  Depósito/Galpón  
 Investigación, desarrollo o prueba  Otro: \_\_\_\_\_

14. Fecha en que empleó por primera vez uno o más trabajadores en Carolina del Norte: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

15. PATRONES GENERALES:  
a. ¿Nómina trimestral de \$1,500 o más?  Sí  No Fecha en que esto ocurrió por primera vez u ocurrirá \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA  
a. ¿Al menos un trabajador en 20 semanas?  Sí  No Fecha en que ocurrió este primer u ocurrirá \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

16. ¿Empresa de arrendamiento?  Sí  No
17. Empleador Agrícolas:
- a. ¿Nómina trimestral de \$20.000 o más?  Sí  No Fecha en que esto ocurrió por primera vez u ocurrirá     /    /    /      
MM DD AAAA
- b. ¿Al menos 10 trabajadores en 20 semanas?  Sí  No Fecha en que ocurrió este primer u ocurrirá     /    /    /      
MM DD AAAA
18. Empleadores Domésticos:
- ¿Nómina trimestral de \$1,000 o más?  Sí  No Fecha en que esto ocurrió por primera vez u ocurrirá     /    /    /      
MM DD AAAA
19. ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO
- ¿Cuatro o más trabajadores en 20 semanas?  Sí  No Fecha en que esto ocurrió por primera vez u ocurrirá     /    /    /      
MM DD AAAA
20. ENTIDAD GUBERNAMENTAL: (marque un tipo abajo)
- Federal  Estado  Local  Otro: \_\_\_\_\_
21. ¿Elección voluntaria de la cobertura impuesto de desempleo?  Sí  No
22. ¿Responsable ante el gobierno federal para FUTA?  Sí  No
- Si es así, ¿por cuáles año(s)? \_\_\_\_\_

23. adquirida o fusionada con otra empresa, o de hecho cualquier otro cambio en la propiedad de la empresa:

a. Nombre del Antiguo Titular. \_\_\_\_\_

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. ¿Fecha en que el negocio fue adquirido o cambiado?     /    /    /      
MM DD AAAA

e. ¿Adquirió prácticamente la totalidad o una parte del negocio del ex propietario de Carolina del Norte?  Toda  Parte

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

g. ¿Aún tiene el antiguo propietario empleados en Carolina del Norte?  Sí  No

24. ¿Tiene el empleador trabajadores que él considera que son autónomos o contratistas independientes?  Sí  No

25. Lista de propietarios (empresa matriz, propietario único, todos los socios generales, principales funcionarios de la empresa, o miembros). Adjunta una lista de aquellos para los que no hay ningún espacio a continuación.

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

#### NOTAS