



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

XXXXXX *Gobernador*  
 XXXXXXXX *Secretario*

XXXXXXXXX. *Secretario Asistente*

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PAGADOR

Número de Cuenta

Nombre y Dirección del Empleador

---



---



---

**Devolver a:**

División de Seguridad de Empleo  
 P.O. Box 26504  
 Raleigh, N.C. 27611-6504  
 Fax: (919) 733-1255

Número de Identificación del Empleador Federal\_

Por favor vincular esta cuenta de empleador al pagador indicado más abajo:

Nombre de Pagador: \_

Número de Pagador: \_

Nombre de Conecto: \_

Título :\_

Teléfono: ( ) -\_

Fax: ( ) -\_

Vínculo de Autorización de  
 Persona

Nombre

---

Título

( ) -

Número de Teléfono

---

Firma