



**North Carolina Department of Commerce
 Division of Employment Security
 Post Office Box 26504
 Raleigh, North Carolina 27611-6504**

Acuerdo de Pago

Entre:

Departamento de Comercio de Carolina del Norte
 División de Seguridad de Empleo

y

_____ Número de
 _____ Cuenta: _____
 _____ Número AR: _____

El empleador señalado más arriba posee una deuda con la División de Seguridad de Empleo respecto de impuestos vencidos, multas y costos por la suma de \$ _____. Dicha deuda cubre los períodos siguientes _____.

El empleador no se encuentra en condiciones de pagar la suma indicada más arriba en este momento y por el presente acto presenta un pago inicial de la cantidad de \$ _____. El empleador acepta efectuar _____ pago (s) adicional (es) por la cantidad de \$ _____ cada una para pagar el saldo de esta deuda. El primer pago vencerá en la fecha _____ y los pagos siguientes vencerán en el día _____ de cada _____ en adelante hasta que los términos del presente acuerdo hayan sido cumplidos.

Términos y Condiciones:

Los pagos deberán ser presentados en la dirección señalada más arriba en conformidad a lo programado hasta que la deuda más el interés acumulado hayan sido pagados.

El interés continuará acumulando respecto de todo impuesto que se deba a una tasa determinada por G. S. 105-241.21(a) hasta que haya sido pagado.

Los pagos serán aplicados comenzando con la cuenta por cobrar más Antigua y rebajando la deuda para cada período en Adelante en el orden de impuesto, interés y multas.

Se le podrá poner término al presente acuerdo si la cobranza o la deuda de impuestos se encuentra en riesgo.

Los Reportes de Impuestos y Remuneraciones Trimestrales del Empleador serán presentados y pagados en o antes de la fecha de vencimiento.

El presente acuerdo podrá requerir de aprobación de la administración.

Si los Términos y Condiciones de este acuerdo no se cumplen, inmediatamente y sin aviso presentará un gravamen impositivo ante la Secretaría de la Corte por la cantidad adeudada y incluyendo el interés acumulado y valor del gasto administrativo.

Acuse de Recibo:

Empleador: _____ Fecha _____
 Auditor de _____
 Impuestos: _____ Fecha: _____