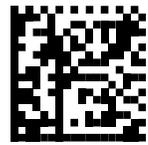




**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance**



Auditoria de Salarios – Nuevo Contrato

JACK THOOVER700 WADEAVE
UNIT32
RALEIGH, NC27605-1154

Fecha de Envío: Enero, 1, 2001
Nombre del Reclamante: JACK TH
OOVER NSS: XXX-XX-XXXX

Como parte de nuestro esfuerzo continuo para asegurar la integridad del programa de Seguro de Desempleo, se está llevando a cabo una auditoría de reclamo de nombre, número de Seguro Social xxx-xx-1234. Este individuo presentó los beneficios de Seguro de Desempleo durante las semanas que aparecen en el reverso de este formulario. Su registro de nuevo contrato para FEIN muestra que este individuo fue contratado durante el Mes/Año Contratado: DESCONOCODIO/FinaldeAñoAuditado

ATENCIÓN: No se trata de una declaración de cargos. Su pronta respuesta puede resultar en créditos que podrían reducir los cargos a su cuenta.

Instrucciones del Empleador

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA INTENTAR COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

Por favor reporte los salarios BRUTOS. Aunque su período de nómina puede ser diferente de los siete-días-semana del calendario como se solicita en este formulario, por favor complete el formulario para las semanas especificadas usando sus registros de salario diario, si es posible. La semana de reclamo es la semana calendario de domingo a sábado e incluye la "Fecha de finalización de la semana". El reclamante es responsable de informar los salarios en esos períodos de siete días. Por favor escriba números tan claramente como sea posible.

Siga estos pasos para completar la segunda página de esta auditoría:

- Artículo 1. Introduzca la primera fecha de empleo (no necesariamente la fecha de Contratación).
- Artículo 2. Ingrese la última fecha realmente trabajada (si aplica).
- Artículo 3. Ingrese la tasa inicial de pago y rellene la casilla asociada con la tasa de pago.
- Artículo 4. Rellene los cuadros para el status de trabajo correspondiente.
- Artículo 5. Rellene la casilla correspondiente para la disponibilidad de tiempo original y los registros de pago.
- Artículo 6. Rellene la casilla correspondiente al período de pago utilizado e ingrese en la(s) fecha(s) de finalización del período de pago.
- Artículo 7. Rellene las casillas que se aplican a la semana normal de trabajo del individuo.
- Artículo 8. Rellene el total de horas trabajadas por el individuo para la semana especificada
- Artículo 9. Llène la fecha en que el individuo fue pagado por la semana especificada
- Artículo 10. Ingrese el monto de los salarios brutos ganados por el trabajo realizado en cada semana especificada.
- Artículo 11. Ingrese el monto de cualquier otro Pago ganado por el individuo por las semanas especificadas.
- Artículo 12 Ingrese en la columna "Tipo de otra paga" el número apropiado de las opciones siguientes:

- | | | | |
|------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1 – Paga Festiva | 2 – Paga de Vacaciones | 3 – Pago de Bono | 4 – Pago por Enfermedad/Discapacidad |
| 5 - Pensión | 6 – Pago Atrasado | 7- Indemnización por Despido | 8 - Otro |

Ejemplo Los salarios reales brutos fueron de \$300,55 y el reclamante recibió un bono de \$100,00.

Código de Entrada de Datos	Sábado-Fecha en que Termina la Semana	8.Total de Horas Trabajadas	9. Fecha de Pago	10. Salarios Brutos	11. Otra paga	12. Tipo de otra paga
1	07/30/2016	40	08/05/2016	300.55	100.00	3

Punto 13 Firma y fecha la parte inferior del formulario de auditoría. Todas las entradas deben ser validadas por su nombre, firma y título, fecha actual y su número de teléfono. Por favor proporcione su dirección de correo electrónico, si aplica.

Nota: A este formulario se puede acceder y enviar a través de nuestro sitio web, des.nc.gov. Desde la página principal del sitio web, seleccione "Servicios Empresariales" y, a continuación, inicie sesión con su número de cuenta y PIN, haga clic en el enlace Responder el Aviso de Auditoria para responder.

Estamos auditando las semanas impresas en este formulario solamente, por favor no cambie las fechas mostradas.

Nombre del Reclamante: JACK T HOOVER
 Nombre del Empleador: Nombre
 Oficina: Número de Oficina Local

NSS del Reclamante: xxx-xx-1234
 #Cuenta del Empleador: Número de Local de Cuenta del Empleador

1 Primera Fecha Trabajada: _____ 2 Última Fecha Trabajada: _____ 3 Tasa de Pago \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Semi-mensual <input type="checkbox"/> Bi-semanal Estado de trabajo del empleado (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Aun con empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Cuando se necesite <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Solo temporada <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Separado debido a falta de trabajo Tipos de otra paga: 1=Festividad, 2=Vacación, 3=Bonos, 4=Enfermedad/Discapacidad, 5=Pensión, 6=Pago Atrasado, 7=Indemnización por Despido,8=Otra paga (Por favor, explique)		Los registros originales de tiempo y pago están disponibles si es necesario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5 Información del Periodo de Paga <input type="checkbox"/> Mensual Periodo de paga termina el: _____ <input type="checkbox"/> Semi Mensual Periodo de paga termina el: _____ <input type="checkbox"/> Bi-semanal Periodo de paga termina el: _____ <input type="checkbox"/> Semanal Periodo de paga termina el: _____ <input type="checkbox"/> Diario (Solo si se acepta) 6 Días Estándar de Trabajo por Semana (Seleccione todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mart <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sab			
Codigo de Entrada de Datos	Sábado-Fecha en que Termina la Semana	9. Fecha de Pago	10. Salarios Brutos	11. Otra paga	12. Tipo de otra paga
1	01/01/2001	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>

Certificación de Empleado: Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta al mejor de mis conocimientos.

Nombre Impreso	Firma	Título	Fecha
Teléfono	Ext	Fax	Dirección de e-mail
			Fecha de envío por correo o fax

Envíe el formulario complete en 15 DÍAS.

Correo o Fax a: Oficina Postal 25903 Raleigh, NC 27611-5903
 Número de Fax 919.857.1296