



Nombre de Negocio

Numero de Cliente

\*Doble caja áreas **SON OBLIGATORIAS** para los informes de nuevas contrataciones del Estado

Fecha de Empleo

Número de Empleado

Tiempo Completo/Medio Tiempo

Numeración de Reloj

Número de Seguro Social

Primer Nombre

M

Apellido

Dirección Principal

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección Secundaria

Fecha de Nacimiento

Correo Electrónico del Trabajo

**La información incompleta puede resultar en una multa a los empleadores de la Agencia Estatal**

**Situación laboral (Marque uno)**

- Horario     Sólo paga por la Comisión  
 Salario     1099 EIN o SSN

**Pago por hora**

Tasa de Pago 1

Tasa de Pago 2

Tasa de Pago 3

**Salario**

Salario

Por Pago     Por Año  
 Seleccione uno

División

Departamento

Nombre del impuesto local Retenido

Nombre de la Hacienda del Estado

Condado de Residencia

Lugar de Trabajo

El Distrito Escolar

Federal Filing Status   Casado/a  Soltero/a # de Subsídios  Contribuciones Adicionales %  \$

State Filing Status   Casado/a  Soltero/a # de Subsídios  Contribuciones Adicionales %  \$

**DEPÓSITO DIRECTO**

Cantidad\*

# Cuenta Bancaria

# de Ruta Bancaria

Tipo de Cuenta

- Checking     Savings     Paycard




- Checking     Savings     Paycard

\* Por favor, indique la cantidad de depósito - 100% neto o parcial neta indicar monto en dólares  
**Adjunte un cheque anulado con una hoja de papel y hacia adelante con esta forma.**

**Deducción voluntaria**

Cantidad por cada cheque

**Balance (Meta)**





**\*\* Apoyo Infantil y embargos deben tener una orden judicial adjunto**