



Registro de empleador del estado de Nueva York para seguro de desempleo, retención e informes salariales para entidades gubernamentales

Solo para uso de la oficina:
Número de registro de empleador del seguro de desempleo

Devuelva el formulario contestado (a máquina o con letra de molde en tinta) a la dirección anterior, o envíelo por fax al (518) 485-8010.

Necesita ayuda? Llame al teléfono 1-888-899-8810

1. FEIN (Número de identificación federal del empleador): □□ - □□□□□□□□
2. Número de teléfono: (□□□)□□□ - □□□□ Número de fax: (□□□)□□□ - □□□□
3. Nombre legal _____
4. Otro nombre común de la entidad _____
5. Tipo de entidad. Marque la casilla aplicable. Ciudad Distrito escolar Compañía
 Pueblo Villa Otro (especifique) _____
6. Si su entidad es un componente o subdivisión legalmente establecida de otra entidad, y la responsabilidad del seguro de desempleo corresponde a dicha entidad, marque aquí y escriba el nombre legal y la dirección de la otra entidad (por ejemplo, el Distrito de Alcantarillado de Yort es una subdivisión del pueblo de Yort, al que corresponde la responsabilidad del seguro de desempleo; en este caso, se escribirían el nombre legal y la dirección del pueblo).

7. Por favor marque la opción que desea usar para cumplir con su responsabilidad del seguro de desempleo:
 Método de contribución
 Método de reembolso de beneficios (para ver información adicional, consulte el folleto *Reembolso de beneficios* (IA 318.3).
8. Escriba el número estimado o aproximado de personas que trabajan en empleos **cubiertos**: _____
9. Escriba la fecha en que inició el empleo **cubierto** □□□□□□
(mmddaa)
No considere lo siguiente como empleos cubiertos:
 - Un funcionario de elección popular
 - Un miembro de un órgano legislativo o del poder judicial
 - Un miembro de la guardia nacional o la guardia aérea nacional del estado, excepto por las personas que prestan dichos servicios como empleados regulares del estado
 - Un interno en una institución correccional o penal
 - Una persona que presta servicios de manera temporal en caso de incendio, tormenta, nieve, terremoto, inundación u otra emergencia similar
 - Una persona en un puesto permanente importante de elaboración de políticas o asesoría
 - Una persona en un puesto de elaboración de políticas o asesoría, cuyos deberes ordinariamente no requieren más de ocho horas a la semana.
10. Escriba la fecha de la primera nómina de la que retuvo o retendrá impuesto sobre la renta del estado de NY de sus empleados.
□□□□□□
(mmddaa)

11. Direcciones obligatorias.

11a. **Dirección postal:** Esta es la dirección postal de su empresa, a donde se entregará su correspondencia referente a los impuestos retenidos y el seguro de desempleo. Sin embargo, si decide que su correspondencia del seguro de desempleo se envíe a una dirección distinta a su domicilio comercial, conteste el punto 11d más adelante.

Calle y número o apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

11b. **Dirección física:** Esta es la ubicación **física** de su empresa, *si* es diferente a la dirección postal del punto 11a.

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

11c. **Ubicación de libros y registros:** Esta es la ubicación **física** en donde se conservan sus libros y registros.

Igual a 11a Igual a 11b Otra – por favor escríbala

A/A: _____

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Direcciones adicionales

11d. **Dirección del agente (A/A):** Conteste esto si su correspondencia del seguro de desempleo debe enviarse a una dirección distinta a su dirección comercial.

A/A: _____

Calle y número o apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____)____ - ____ ext : _____

11e. **Dirección para el formulario LO 400 - Aviso de derechos y cargos potenciales:** Si la contesta, aquí es a donde se enviará el LO 400. Se envía por correo cada vez que un antiguo empleado presenta una reclamación de beneficios del seguro de desempleo.

Igual a 11d Otra – por favor escríbala

A/A: _____

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Declaro que he leído las preguntas anteriores y que las respuestas que he dado son verdaderas en la medida de mi conocimiento y convicción.

X _____ //
 Firma del director general (mm/dd/aaaa)

_____ Número de teléfono: (____)____ - ____
 Puesto oficial