



Registro de empleador del estado de Nueva York para seguro de desempleo, retención e informes salariales para organizaciones sin fines de lucro

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

- FEIN (Número de identificación federal del empleador): - 3
- Número de teléfono: () - Número de fax: () -
- Nombre legal: _____
- Otro nombre con el que opera: _____
- ¿Es una corporación sin fines de lucro, asociación no incorporada, fondo comunitario o fundación que sea organizada y operada exclusivamente para propósitos religiosos, caritativos, científicos, literarios o educativos?
 Si contestó que "Sí", conteste todo el formulario Si contestó que "No", **no conteste este formulario**. Llame al teléfono (518) 485-8589 o escriba _____
a la dirección que aparece arriba para solicitar el formulario NYS-100.

Adjunte una copia de su exención de acuerdo con el Código de Impuestos Internos 501 (C) (3). Si no tiene una, adjunte una copia de su exención de los impuestos de ventas y uso del estado de Nueva York y locales, de su acta constitutiva, sus estatutos, su constitución u otros documentos de organización.

a. Escriba la fecha en que inició sus negocios en el estado de Nueva York:

(mmddaa)

b. Si ha pagado remuneraciones en efectivo por \$1,000 o más en **total** durante cualquier trimestre calendario (o si prevé pagar esa cantidad durante cualquier trimestre de este año), marque una casilla para indicar el primer trimestre calendario y escriba el año.

1 Ene – 31 Mar	1 Abr – 30 Jun	1 Jul – 30 Sep	1 Oct – 31 Dic	Año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	

c. Si empleó a 4 o más personas por lo menos en un día de cada una de veinte semanas durante un año calendario, marque una casilla para indicar el primer trimestre calendario y escriba el año.

1 Ene – 31 Mar	1 Abr – 30 Jun	1 Jul – 30 Sep	1 Oct – 31 Dic	Año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	

d. ¿Hay personas que trabajan para usted y a las que no considera empleados?

Sí No

Si contestó que "Sí", explique los servicios que prestan y el motivo por el que no considera que estas personas sean empleados:

6. Si no es responsable de acuerdo con la Ley del Seguro de Desempleo, ¿desea elegir una cobertura voluntaria? Sí No

7. En lugar de una responsabilidad con base en contribuciones, ¿desea elegir la opción de un reembolso de beneficios pagados a sus antiguos empleados? Sí No

Si contestó que "Sí", debe adjuntar una copia de su exención de acuerdo con el Código de Impuestos Internos 501 (C) (3). Si su exención está pendiente, adjunte una copia de su solicitud.

8. ¿Adquirió la totalidad o una parte de la empresa de otro empleador que era responsable de contribuciones al seguro de desempleo? Sí No

Si contestó que "Sí", proporcione la siguiente información:

a. Marque una opción: Se adquirió la **totalidad** Se adquirió una **parte** b. Fecha de la adquisición:
(mmddaa)

c. Información del propietario anterior:

- 1) Nombre de la empresa: _____
- 2) Dirección de la empresa: _____
- 3) Número de registro del seguro de desempleo: _____

9. Direcciones obligatorias.

9a. **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 9d más adelante.

Calle y número o apartado postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

9b. **Dirección física:** Esta es la ubicación **física** de su empresa, *si* es diferente a la dirección postal del punto 9a.

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

9c. **Ubicación de libros y registros:** Esta es la ubicación **física** en donde se conservan sus libros y registros.

Igual a 9a Igual a 9b Otra – por favor escríbala

A/A: _____

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Direcciones adicionales

9d. **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: _____

9e. **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 9d Otra – por favor escríbala

A/A: _____

Calle y número: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

10. Escriba los nombres, números de cuentas del seguro social, títulos y domicilios de los directivos.

Nombre	Número de Seguro Social	Título	Domicilio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Escriba el nombre legal
Solo para uso de la oficina

11. Escriba el nombre de cualquier agencia gubernamental de la que recibe fondos:

12. Para cada uno de sus programas y ubicaciones en el estado de Nueva York, conteste 12a y 12b a continuación. Use una hoja distinta para cada una.

a. Nombre del programa: _____

b. Ubicación: _____

Calle y número	Ciudad o pueblo	Condado	Código postal
----------------	-----------------	---------	---------------

c. ¿Aproximadamente cuántas personas emplea ahí?

13. Principal propósito para el que está organizado y opera. Marque la casilla aplicable:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Religioso | <input type="checkbox"/> Hogar residencial | <input type="checkbox"/> Organización de recaudación de fondos |
| <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Casa de reposo | <input type="checkbox"/> Fundación o fideicomiso de investigación |
| <input type="checkbox"/> Museo | <input type="checkbox"/> Clínica de salud | <input type="checkbox"/> Servicio de limpieza doméstica |
| <input type="checkbox"/> Escuela (indique el grado más alto) _____ | <input type="checkbox"/> Otro (describa a detalle) _____ | |

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 directivo, socio, propietario, miembro o individuo (mm/dd/aaaa)

_____ Número de teléfono: (□□□)□□□ - □□□□

_____ Puesto oficial

Instrucciones

Punto 1 Escriba los nueve dígitos de su número de identificación federal. Este número se usa para certificar sus pagos al IRS de acuerdo con la ley FUTA.

Puntos 3-4 Escriba en el punto 3 el nombre real de su organización y en el punto 4 los otros nombres de programa, siglas, etc. que utilice. Si es una corporación, debe escribir en el punto 3 el nombre exacto de la corporación tal y como aparece en su acta constitutiva. Si forma parte de otra organización, o es patrocinado por una, explíquelo en una hoja adicional.

Punto 5 Una organización sin fines de lucro se define como una que es organizada y operada **exclusivamente** con propósitos religiosos, caritativos, científicos, literarios o educativos. Por lo general esto incluye a todas las organizaciones que son elegibles para exenciones de acuerdo con la sección 501 (C) (3) del Código de Impuestos Internos.
 Las organizaciones elegibles para exenciones según otras secciones del Código de Impuestos Internos o que no sean organizadas y operadas exclusivamente para uno o más de los propósitos antes mencionados no pueden considerarse organizaciones sin fines de lucro para los propósitos del seguro de desempleo del estado de Nueva York.

Punto 5a Toda persona u organización que se considere como un empleador sobre la base de las instrucciones de la Circular E federal y que mantenga una oficina o realice negocios en el estado de Nueva York es un empleador para los efectos de retención de impuestos del estado de Nueva York y debe retenerlos de la remuneración pagada a sus empleados.

Punto 5b Escriba el primer trimestre calendario y el año en el que pagó (o prevé pagar) remuneraciones en efectivo por \$1,000 o más. No escriba una fecha que sea más de 3 años anterior a enero del año en curso.

Considere como remuneraciones en efectivo todas las formas de remuneración, tales como:

- Salario
- Comisiones
- Pagos a directivos corporativos
- Sueldos en efectivo
- Bonos
- Pagos a empleados a tiempo parcial y temporales

No considere como remuneraciones en efectivo:

1. El valor monetario razonable del alojamiento, el alquiler, la vivienda o cualquier otra ventaja similar recibida Sin embargo, una vez que una organización adquiera responsabilidad, el valor monetario de dichas prestaciones es una remuneración y debe informarse.
2. La remuneración pagada a las siguientes personas cuyos servicios no están cubiertos:
 - Ministros debidamente ordenados en el ejercicio de su ministerio
 - Miembros de órdenes religiosas en el desempeño de sus deberes asignados
 - Miembros laicos que desempeñen funciones religiosas
 - Personas empleadas en lugares de culto religioso como cuidadores o para desempeñar deberes religiosos, o ambas cosas
 - Personas que reciben servicios de rehabilitación en una institución dedicada a dicho fin

- Internos de una institución carcelaria o penitenciaria que trabajen para una organización sin fines de lucro
- Estudiantes que asistan con regularidad a una institución educativa que los emplee; el cónyuge de un estudiante empleado por la misma institución si el cónyuge fue informado al momento de su contratación que el empleo forma parte de un programa de asistencia financiera para el estudiante.
- Estudiantes inscritos en ciertos programas de trabajo-estudio que combinan la enseñanza académica con experiencia laboral para conceder créditos

NYS100N (02/24) página 4

3. Remuneración pagada a empleados que no presten servicios en el estado de Nueva York.

Punto 5c Escriba el primer trimestre calendario y año en que empleó a 4 o más personas por lo menos en un día de cada una de 20 semanas de ese año calendario. No escriba una fecha que sea más de 4 años anterior a enero del año en curso.

Cuente a todas las personas que trabajen para usted, excepto a aquellas cuyos servicios fueron descritos en los números 2 y 3 de las instrucciones del punto 5b. Incluya a los estudiantes de educación primaria, secundaria y universitaria, así como a los empleados a tiempo parcial y temporales.

Si tiene empleados que trabajan tanto dentro como fuera del estado de Nueva York, o si tiene dudas sobre las exclusiones del punto 5b, solicite una determinación de la Sección de Responsabilidades Civiles y Determinaciones del Departamento de Trabajo - División del Seguro de Desempleo.

Punto 5d Conteste "No" si la única remuneración que no consideró como remuneración al contestar el punto 5b y las únicas personas a las que no contó al contestar el punto 5c se describen en el punto 5b de estas instrucciones. Explique aquí todas las otras compensaciones que no considere remuneraciones y las otras personas que no considere empleados.

Punto 6 La sección 561, subdivisión 1 de la Ley del Seguro de Desempleo permite que un empleador que no sea responsable de hacer contribuciones cubra a sus empleados de manera voluntaria. La responsabilidad comienza el primer día del trimestre calendario en el que se presente una solicitud aprobada y continúa por lo menos hasta el final del siguiente año.

No se permite la cobertura parcial. La elección debe incluir a todos los empleados, excepto a las personas que desempeñen ciertos tipos de empleos que excluye la ley y cuyos servicios no puedan cubrirse por decisión voluntaria, tales como:

- Contratistas independientes
- Personas cuyos servicios se describen en los números 2 y 3 de las instrucciones para el punto 5b.

Sin embargo, sin importar si tiene responsabilidad legal, los empleadores sin fines de lucro pueden decidir cubrir a las personas excluidas de la cobertura por que trabajan en un lugar de culto religioso como cuidadores, o a quienes desempeñan funciones de naturaleza religiosa, o a ambos. Los empleadores sin fines de lucro que no tienen responsabilidad pueden limitar su decisión a dichas personas.

Los servicios prestados en su totalidad fuera del estado de Nueva York por residentes del estado de Nueva York pueden cubrirse voluntariamente en Nueva York si esos servicios no son cubiertos por otro estado. En este caso, la responsabilidad comienza en el primer día del trimestre calendario en el que se presenta una solicitud aprobada y continúa hasta que las personas ya no son residentes del estado de Nueva York o hasta que sus servicios deben ser cubiertos por la ley del seguro de desempleo de otro estado.

Punto 7 Las organizaciones sin fines de lucro que sean organizadas y operadas exclusivamente para propósitos religiosos, caritativos, científicos, literarios o educativos (las que están exentas de acuerdo con la sección 501 (C) (3) del Código de Impuestos Internos) pueden decidir cumplir sus obligaciones de acuerdo con la Ley del Seguro de Desempleo mediante el reembolso de beneficios pagados a sus antiguos empleados y cargados a sus cuentas en lugar de contribuciones.

Las solicitudes de optar por la opción de reembolsos deben entregarse por escrito a la División del Seguro de Desempleo antes de que inicie el año calendario en el que se solicitarán o dentro de un plazo de 30 días después del trimestre calendario en el que la organización sin fines de lucro adquirió responsabilidades de acuerdo con la Ley del Seguro de Desempleo. El período para presentar una elección de la opción de reembolso puede prorrogarse solamente si el empleador puede demostrar a satisfacción del comisionado de trabajo que existe una causa justificada para su incumplimiento de entregar una solicitud oportuna.

Para recibir información adicional, llame al teléfono (518) 485-8589 para solicitar el folleto IA 318.13 Reembolso de beneficios.

Punto 8 Conteste "Sí" solamente si una o más de las siguientes condiciones son verdaderas:

- Usted empleó sustancialmente a los mismos empleados que la organización anterior.
- Usted continuó o reanudó las operaciones o los programas de la organización anterior en la misma ubicación o en una diferente.
- Usted asumió sus obligaciones.
- Usted adquirió su fondo de comercio.

Notificación de privacidad

La información personal, incluyendo el número de cuenta del seguro social, que se solicita en el formulario NYS-100N, *Registro de empleador del estado de Nueva York para seguro de desempleo, retención e informes salariales para organizaciones sin fines de lucro* debe proporcionarse de manera obligatoria a la División del Seguro de Desempleo del Departamento de Trabajo y al Departamento de Impuestos y Finanzas de acuerdo con las facultades conferidas por la sección 575 de la Ley de Trabajo (Ley del Seguro de Desempleo), la parte 472 de 12 NYCRR (Reglamentaciones del Seguro de Desempleo), los artículos 8,22, 30, 30-A, y 30-B, de la Ley de Impuestos; el artículo 2-E de la Ley General de Ciudades y 42 USC 405 (cX2XCXi). La información se usará para la administración del programa del seguro de desempleo, para procesar reembolsos y cobrar contribuciones, y para cualesquier otros propósitos autorizados por la ley. El incumplimiento de proporcionar dicha información puede exponerlo a sanciones civiles, penales o de ambos tipos en los términos de la Ley del Seguro de Desempleo, la Ley de Impuestos o la Ley Penal. Esta información será conservada por el director de registro y la Oficina de Servicios de Datos, el Departamento de Impuestos del Estado de NY y la División del Seguro de Desempleo, W A Harriman State Campus, Albany, NY.