



## 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