



Nombre de Empresa:

Frecuencia de Nómina:

Apellido:

Nombre:

Importante: asegúrese de que el nombre proporcionado en este formulario coincida exactamente con el nombre que figura en su tarjeta de seguro social.

Dirección:

Apt/Suite:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Número de Seguro Social:

Clase de Compensación para Trabajadores:

Fecha de Contratación:

Departamento:

Información de pago:      Cada Hora      Salario      Contratista

\$

Información sobre los Impuestos

Monto de Retención: Federal \$

Estado \$

Instrucción Especial: