



Nombre del empleador		Identificación federal	Número de póliza de la BWC
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono	Teléfono celular		Fax
Correo electrónico		Sitio web	

- Indique el documento fiscal del IRS que presenta:
 1040 Declaración individual 1120 Corporación 990 Sin fines de lucro
 1065 Sociedad colectiva 1120-S Corporación S Otro _____
- Enumere los funcionarios/propietarios/socios activos por nombre, título, tarea y qué clase de trabajo manual declara para el período de la auditoría.

Nombre	Título	Código de clase	Tareas

- ¿La empresa o una parte de ella se vendió/compró en los últimos tres años? Sí No
- ¿Se encuentra o ha participado en un arrendamiento de una Organización Profesional de Empleadores (PEO) Sí No (En caso afirmativo, proporcione las fechas de entrada en vigencia.)
- Si esta póliza cubre múltiples entidades, enumere los nombres legales y los números de identificación federal.

- Mencione todas las compañías asociadas o de propiedad común y sus números de póliza de la BWC.

- ¿Tiene establecimientos fuera de Ohio? Sí No (En caso afirmativo, proporcione al auditor las direcciones completas y los números de teléfono.)

- ¿Tuvo empleados de Ohio trabajando fuera del estado en el período auditado? Sí No
- Describa sus servicios o productos, incluso sus métodos de operación.

- Indique la cantidad de empleados administrativos _____ Empleados de ventas externos _____ Conductores _____
- Indique la cantidad de formularios W-2 emitidos en Ohio: 2016 _____ 2017 _____
- Indique la cantidad de formularios 1099* emitidos en Ohio: 2016 _____ 2017 _____
* El auditor necesitará contratos/facturas
- ¿Le paga a las personas para las que no emite formularios 1099 o W2? Sí No

Cuestionario completado por: _____ Fecha: _____

Firma

Use un adjunto si no se proporciona suficiente espacio para algunas respuestas.