



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:

<input type="checkbox"/> 1040 Declaración individual	<input type="checkbox"/> 1120 Corporación	<input type="checkbox"/> 990 Sin fines de lucro
<input type="checkbox"/> 1065 Sociedad colectiva	<input type="checkbox"/> 1120-S Corporación S	<input type="checkbox"/> 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: 2015 _____ 2016 _____
- Indique la cantidad de formularios 1099* emitidos: 2015 _____ 2016 _____

* 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.