



Payroll Solutions

Nuevo Empleado Información

Compañía: _____

Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo: M or F Fecha de Nacimiento _____ Nro. De Seguro Social _____

Fecha de Contratación _____ Código Compensación para Trabajadores ____ Departamento _____

Tiempo Parcial Tiempo Completo ¿El empleado tiene seguro médico disponible? _____

Tarifa Horaria _____ Horas Medias _____ Salario _____

Período: Semanal Cada Dos Semanas Bi-mensual Mensual

Impuesto Sobre la Renta Federal: Estado Civil: Casado Soltero Exenciones/Dependientes: _____

Impuesto Sobre la Renta del Estado : Estado Civil: Casado Soltero Exenciones/Dependientes: _____

Estado para la Retención del Impuesto Sobre la Renta: _____

Información Adicional: _____

(Atención: formas W-4 y formas I-9 should no se deben enviar a Payroll Solutions)

Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo: M or F Fecha de Nacimiento _____ Nro. De Seguro Social _____

Fecha de Contratación _____ Código Compensación para Trabajadores ____ Departamento _____

Tiempo Parcial Tiempo Completo ¿El empleado tiene seguro médico disponible? _____

Tarifa Horaria _____ Horas Medias _____ Salario _____

Período: Semanal Cada Dos Semanas Bi-mensual Mensual

Impuesto Sobre la Renta Federal: Estado Civil: Casado Soltero Exenciones/Dependientes: _____

Impuesto Sobre la Renta del Estado : Estado Civil: Casado Soltero Exenciones/Dependientes: _____

Estado para la Retención del Impuesto Sobre la Renta: _____

Información Adicional: _____

(Atención: formas W-4 y formas I-9 should no se deben enviar a Payroll Solutions)