

INFORME DE ESTADO DEL EMPLEADOR

K-CNS 010-S (Rev. 3-19)

For Internal Use Only

SUBMIT ONLINE: www.KansasEmployer.gov
 MAIL: Unemployment Tax Contributions
 P.O. Box 400
 Topeka, KS 66601-0400
 FAX: (785) 291-3425

Veá las instrucciones en la página 5. La información solicitada en este informe se requiere ser proporcionada por K.S.A. 44-714(f) y K.A.R. 50-2-5. Será utilizado solo por funcionarios públicos en el desempeño de sus deberes públicos. Sección 6103(d) del código de Ingresos Internos autoriza al IRS para intercambiar información con nosotros para auditorías y certificaciones.

1. ¿Cuál es su tipo de organización/propiedad? (marque uno abajo)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Alianza Limitada | <input type="checkbox"/> Estancia/Estate |
| <input type="checkbox"/> Asociación General | <input type="checkbox"/> Proyecto Conjunto | <input type="checkbox"/> Régman Administrativo |
| <input type="checkbox"/> Compañía de Responsabilidad Limitada (LLC) | <input type="checkbox"/> Corporación (Inc.) | <input type="checkbox"/> Fideicomiso |
| <input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada | <input type="checkbox"/> Subdivisión Gubernamental/ Política (si está marcada, responda a las preguntas 2a y 2b) | |
| <input type="checkbox"/> Orto: _____ | | |

2. Si usted es una subdivisión gubernamental o policita, seleccione la rama del gobierno y su opción financiera.

2a. Rama de Gobierno (marque una)

2b. Opción Financiera (marque una)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Estado | <input type="checkbox"/> Local | <input type="checkbox"/> Tribu Indigena | <input type="checkbox"/> Contribuyendo | <input type="checkbox"/> Reembolsando | <input type="checkbox"/> Clasificado Gubernamental |
|---------------------------------|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|--|

3. ¿Eres una organización exenta 501? SI NO (Si, si responda a 3a y 3b)

3a. Opción de Finanzas (marque una) Contribuyendo Reembolsando

3b. Ha recibido la carta de exención 501 (c) (3) del IRS SI NO (Si NO, explique abajo)

4. ¿Eres una Organización de Empleo Profesional (P.E.O)? SI (Si, si debe presentar K-CNS 015 para cada cliente.) NO

5. Describa el servicio, actividad o producto principal en **Kansas** que genera la mayor cantidad de ingresos para su negocio:

5a. ¿Su negocio está considerado en la industria de la construcción? SI NO

6. Fecha en que usted pago por primera vez salarios en Kansas. : _____

7. Escriba su número de identificación de empleador federal: (FEIN) : _____

8. Nombre comercial legal (Inc., LLC, LP, Sole Prop, etc.): _____

9. Negocio o Nombre comercial (si es diferente al #8): _____

10. Teléfono Comercial: _____ Fax Comercial: _____

Email de negocio: _____

11. Dirección Postal- Calle _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

12. Dirección Física del negocio en Kansas: Ubicación física de la tienda Ubicación física de la tienda/Sitio de Construcción

Residencia de Empleador

Calle: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Informe De Estado Del Empleador

K-CNS 010-S (Rev. 3-19)

13. Dirección donde se mantienen los registros de contabilidad que pueden examinar en el estado de Kansas : Dirección igual a #12

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

14. Compañía o contacto de nómina interna:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Email: _____ Dirección igual a #12

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

15. Identificación de impresario - Propietario, Oficial Corporativo, Miembro/Gerente, Socio (general, limitado, etc. Utilice los nombres legales completos. No utilice apodos. Proporcione la dirección de residencia de cada propietario, oficial, socio, etc. Utilice la página 4 si se necesita espacio adicional.

Número de Seguro Social: _____ Título: _____ Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Calle: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Seguro Social: _____ Título: _____ Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Calle: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Seguro Social: _____ Título: _____ Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Calle: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____

16. Registre todos los salarios de **Kansas** pagados por el trimestre actual para el año calendario actual y anterior.

Año	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

17. ¿En cuál **SEMANA** estableció la responsabilidad de funcion basada en el número de semanas del empleo? _____

Informe De Estado Del Empleador

K-CNS 010-S (Rev. 3-19)

18. ¿Adquirió/compro todo o parte de un negocio existente? SI NO

18a. Si SI, la fecha adquiriera (mm/dd/aaaa) _____ Todo Parte _____ % adquirido

¿Adquirió sustancialmente todos los activos? SI NO

¿Adquirió sustancialmente toda la empresa, organización, comercio o negocio? SI NO

Fecha de terminación del propietario anterior (mm/dd/aaaa): _____

18b. ¿El propietario anterior ha continuado su negocio en Kansas? SI NO si SI, explique:

18c. ¿Desea que los factores de calificación de experiencia del propietario anterior? SI NO

Transferencia de factores de calificación es: Obligatorio Electivo

18d. Nombre del propietario anterior: _____

Número de serie del empleador de Kansas del propietario anterior: _____

18e. Nombre comercial o comercial anterior: _____ Teléfono Actual: _____

18f. La dirección actual de los propietarios anteriores: Calle _____

Ciudad : _____ Estado: _____ Código Postal: _____

K.S.A. 44-710a(b)(2) allows a successor, defined in K.S.A. 44-703(h)(4) and K.S.A. 44-703(dd), the choice to acquire the experience rating factors of the predecessor employer. The request for transfer must be made in writing within 120 days of the acquisition. The experience rating factors are all of the unemployment taxes paid, annual payrolls and benefit charges of the predecessor employer. These factors are used to compute your unemployment tax rate for subsequent years. Alternately, successor employers may elect to be assigned their industry tax rate.

K.S.A. 44-710a(b)(1) shall be unlawful through manipulation of the employer's workforce, or business, to knowingly obtain a reduced liability for contributions related to determining a contribution rate, when the primary purpose of the business acquisition was for the purpose of obtaining a lower rate of contributions, or for a person to knowingly advise an employing unit in such a way that results in such a violation, shall be subject to penalties.

19. Durante los últimos tres años, liste cualquier ubicación de negocios que haya operado en Kansas. No hay ubicaciones multiples

Nombre y Dirección Comercial	Fecha de Apertura	Fecha de Cierre	Número de Empleados	Actividad Empresarial

20 ¿Está sujeto a impuestos federales de desempleo? Año Actual: SI NO Año Anterior: SI NO

21. Si no se indica ninguna responsabilidad, ¿desea elegir la cobertura?

SI, a partir del 1 de enero del año en curso, o al comienzo del empleo del año en curso, y, continuando por no menos de 2 años calendarios, en nombre de la unidad empleadora, elijo voluntariamente:(seleccione uno o ambos)

Convertirse en un empleador descrito en K.S.A 44-703 (h) lo mismo que otros empleadores, ya que no se indica cobertura obligatoria

Extender la cobertura a todos los trabajadores que prestan servicios que están excluidos de la cobertura por la ley de seguridad de empleo.

NO

22. ¿Sigue pagando salarios en **KANSAS**? SI NO

23. ¿Tiene personas que desempeñan servicios que consideren que no están empleados? SI NO

SI, si explique, adjunte paginas adicionales si es necesario.

24. ¿Le gustaría que un representante de KDOL se comunice con usted para proporcionar información adicional sobre exenciones, opciones de pagos para subdivisiones gubernamentales/políticas o entidades 501 © (3), sucesores o cualquier otra información de informe de estado?

SI NO

25. Certifico que la información que he proporcionado en este informe es completa, correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma de propietario, socio, miembro/gerente, funcionario corporativo, etc.

Titulo

Fecha

Informe De Estado Del Empleador

K-CNS 010-S (Rev. 3-19)

Espacio para información adicional (incluya número de pregunta):

1. Marque una X en el tipo apropiado de propiedad de su negocio. Si no aparece en la lista, marquen una X en ORTO y describa la propiedad.
- 2a. Marque una X antes del tipo de agencia gubernamental: Estado, local (ciudad, condado, etc.) o tribu india.
- 2b. Marque una X en la opción de finanzas (pago) opción.
3. Indique si es un organización 501(c)(3). Si la repuesta es si, usted debe completar las preguntas 3ª y 3b.
 - a. Marque un X en la opción de fianzas.
 - b. Marque un X en la caja SI, si ha recibido su carta de exención del IRS. Si NO, explique.
4. Indica si eres un profesional de empleo organización (organización de arrendamiento de empleados). Si es SI, (organización de arrendamiento de empleados). Si es SI, debe completar un K-CNS 015 para cada cliente que representa.
5. Describa su servicio o producto principal en Kansas (la parte que genera la mayor cantidad de ingresos).
 - a. Indique si se considera que su negocio está en la industria de la construcción
6. Fecha en que usted pago por primera vez salarios en Kansas.
7. Escriba su número de identificación de empleador federal: (FEIN)
8. Ingrese su nombre comercial legal (por ejemplo, ABC Inc., ABC, LLC, John Smith, Propietario único, etc.)
9. Ingrese su negocio o nombre comercial (haciendo negocios como nombre, Esquina Oscura #1, ABC, INC. d/b/a Restaurante Etc.)
10. Ingrese su número de teléfono de la empresa, incluyendo el código de Área. Indique el número de fax principal y el correo electrónico comercial.
11. Ingrese la dirección de comercial donde la correspondencia de la agencia deber ser enviada. Incluye tu número de calle o PO Box, la dirección (N, S, NE, SW, etc.), el nombre de la calle, cualquier número de apartamento o suite, ciudad, estado y código postal.
12. Indique si su ubicación en Kansas es una tienda/ físico ubicación, un lugar de trabajo/ construcción o un empleado residencia. Díganos el número de la calle de Kansas, dirección de la calle (N, S, NE, SW, etc.), el nombre de la calle y el número de apartamento o número de suite, ciudad, estado y código postal.
13. Ingrese la ubicación de Kansas donde se mantienen sus registros contables y puede ser examinado por el personal de la agencia. Si la información de la dirección es la misma tal como se ingresó en la pregunta #12, coloque una X en la caja. De lo contrario, ingrese el número de la calle, dirección de la calle (N, S, NE, SW, etc.), el nombre de la calle y el número de apartamento o número de suite, ciudad, estado y código postal.
14. Indique quien es su persona de contacto de nómina interna. Si la información de la dirección es la misma que ingreso en la pregunta 12 coloque una x en la caja. De lo contrario, ingrese el número de la calle, dirección de la calle (N, S, NE, SW, etc.), el nombre de la calle y el número de apartamento o número de suite, ciudad, estado y código postal. También indique la dirección de correo electrónico principal de la empresa de la persona de contacto de nómina y un número de teléfono directo.
15. Ingrese los nombres legales de los funcionarios, miembros, miembros/gerentes, socios o propietarios de la empresa. Incluya números de seguro social para cada persona en la lista y título de la persona. (Corp. Pres., Mem/Mgr, Mem. Dueno, etc.). Ingrese el número y nombre de la calle, dirección de la calle (N, S, NE, SW, etc.), y el número de apartamento o número de suite, ciudad, estado y código postal.
16. Registre todos los salarios de Kansas pagados por trimestre calendario para el año calendario actual y anterior.
17. Ingrese un número del 1 al 52 que indique el número de la semana durante el año calendario actual o anterior en el que tuvo suficientes empleados por lo menos 20 semanas. Por los fines de este informe, cada semana contado debe incluir el sábado. Las semanas no tienen que ser consecutivas. Para empleo general, debe tener uno o más empleados cada semana; el empleo de la agricultura debe tener 10 o más empleados cada semana; y 501 c (3) El empleo es cuarto o más empleados en cada semana.
18. ¿Está operando un negocio que alguna vez fue operado por otra persona? Nota: Si usted reorganizo/reestructuro su negocio y ahora está informando los empleados bajo una entidad/FEIN diferente, por favor responda SI a la pregunta anterior.
 - a. Ingrese la fecha en que compro o adquirió el negocio y si compro todo el negocio o que porcentaje del negocio. Ingrese la fecha de finalización de propietario anterior.
 - b. ¿El propietario anterior ha continuado su negocio en Kansas? SI, si explique como el dueño anterior sigue en la operación.
 - c. ¿Le gustaría tener la tasa de impuestos de desempleo del propietario anterior y los factores de experiencia utilizados para calcular su tasa de impuesto?
 - d. Ingrese el nombre del dueño previo y número de serie, de ser conocido.
 - e. Ingrese el nombre comercial anterior y el teléfono.
 - f. Ingrese la dirección actual del propietario anterior, si se conoce.
19. Enumere cada ubicación comercial que haya operado en Kansas durante los últimos tres años. Si tiene más de uno, haga una lista de cada ubicación por separado.
20. Indique si está sujeto a la Ley Federal de Impuestos de Desempleo (FUTA), para el año actual o anterior.
21. Indique si desea optar por extender la cobertura de seguro de desempleo a sus trabajadores si una determinación indica que la ley no le exige que cubra a los empleados. También puede elegir cobertura para trabajadores que no están definidos por el estatuto como empleados. (La elección de cobertura es por dos años calendarios.) Si es SI, coloque una X en antes de su elección de cobertura. Si NO, coloque una X en la casilla NO.
22. Indique si su empresa continua pagando salarios en Kansas.
23. Indique que trabajadores cree que no son empleados. Explique en detalle porque considera que son algo más que empleados.
24. Indique si desea una explicación adicional de un miembro del personal de KDOL sobre cualquier pregunta en este formulario.
25. Firme el informe, proporcionando su título y la fecha.