

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE NÓMINA VOLUNTARIA

Fecha: HOY

Empleador: _____

Dirección: _____

EMPLEADOR - Estatuto de la Florida 443, Ley de Asistencia de Reempleo, requiere que todos los pagos en exceso de beneficios de asistencia de reempleo deben ser reembolsados. El empleado nombrado abajo está solicitando su ayuda en el cumplimiento de su / su obligación de pago en exceso monetario para el Estado de la Florida a través de deducciones de nómina. Este es un programa voluntario para usted y su empleado. Usted no va a ser responsable por el Departamento en el caso de que una cantidad nómina deducido no es recibida por el Departamento de Oportunidades Económicas de la Florida a través de correo perdido u otros problemas. Su empleado es personalmente responsable del cumplimiento de esta obligación monetaria para el Estado de Florida.

RECLAMANTE - Este programa voluntario entre usted y su empleador se ofrece para ayudarle a cumplir con su obligación monetaria para el Estado de Florida. Su empleador no tiene la obligación de participar en este plan de deducción de nómina. En el caso de que su empleador elige para ayudar a usted a través de la deducción de nómina, debe informarles de la cantidad total que se retendrá de cada período de pago. Si el importe no es recibida por el Departamento por cualquier razón, usted sigue siendo personalmente responsable del cumplimiento de esta obligación. Usted debe notificar a su empleador cuando se han satisfecho su pago en exceso para evitar un crédito que se produzcan.

Nombre del reclamante (del empleado): **NME_CLMT** TOTAL DE PAGO EN EXCESO: \$TOT_OP_BAL

Número de Seguro Social: **SSN_CLMT** MENSUAL MINIMO A PAGAR: \$MIN_AMT_DUE

A. Deducción de Nómina SEMANAL QUINCENAL MENSUAL Otros (especificar)
Frecuencia (marque uno) (circle one) _____

B. Cantidad: _____ por período de pago

C. Efectiva Fechas: Esta deducción voluntaria de nómina comenzará el primer período de pago después de que el empleador reciba este formulario firmado y completado y se mantendrá en efecto hasta que el empleador recibe la notificación de que el empleado que el pago en exceso ha sido satisfecho.

Reclamante (empleado) Firma: _____ Fecha _____

Todos los cheques de deducción de nómina deben hacerse a nombre de la REEMPLOYMENT ASSISTANCE TRUST FUND y deben incluir el nombre del empleado y el número de Seguro Social. Los cheques deben ser enviadas por correo a:

Florida Department of Economic Opportunity
Benefit Payment Control
P.O. Drawer 5050
Tallahassee, FL 32314-5050D.

D. **Reconocimiento:** El empleador anterior ha aceptado participar en esta solicitud de deducción de nómina.

Nombre nómina sección de contacto (letra de imprenta): _____

Número de teléfono: () _____

Por favor, conserve el original y devolver una copia firmada a la dirección del Departamento de arriba con el primer pago.