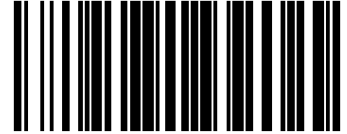




Poder de representación para actuar en nombre de la Persona Empleadora en virtud de la Ley de Seguro de Desempleo de Illinois



Fax: 217-557-1948

33 South State Street, Chicago IL 60603-2802

➤ ID de la cuenta UI:

Persona empleadora: _____

Ubicada en: _____
Dirección con identificación de la calle, ciudad, estado, código postal número de teléfono

Dirección de correo electrónico: _____

- Número Federal de Identificación Patronal (Federal Employer Identification Number, FEIN) del agente externo
- ID SB de la oficina de servicios

Por la presente autoriza: _____
a la oficina de servicios o agente externo

Ubicada en: _____
Dirección con identificación de la calle, ciudad, estado, código postal número de teléfono

Dirección de correo electrónico: _____

para que represente la Persona Empleadora ante el/la Director/a en todos y cada uno de los asuntos, actuar en nombre de la Persona Empleadora con las mismas consecuencias de la Persona Empleadora y recibir toda la información que este/a Representante pudiera solicitar en relación con la responsabilidad de la Persona Empleadora de pagar las cotizaciones, intereses y multas en virtud de la Ley de Seguro de Desempleo de Illinois (Illinois Unemployment Insurance Act, IUIA) (excepto que entiendo que los avisos relacionados con una determinación y evaluación o reembolso/ajuste deben ser enviados a la dirección comercial principal de la unidad de empleo o a la última dirección comercial o domicilio conocido), por toda la duración de este nombramiento. Entiendo que a mi Representante se le dará información únicamente en la medida en que sea solicitada para uno de los propósitos establecidos en la Sección 1900 de la Ley de Seguro de Desempleo de Illinois (Título 820 de los Estatutos Compilados de Illinois [Illinois Compiled Statutes, ILCS], Sección 405/1900).

Nombre de la Persona Empleadora: _____

Firma: _____

Nombre en letras de imprenta: _____

Cargo: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE DIRECCIÓN POSTAL ESPECIAL PARA EL SEGURO DE DESEMPLEO

Fax: 217-557-1948

33 SOUTH STATE STREET CHICAGO, IL 60603-2802

El propósito de este formulario es notificar al Departamento sobre la solicitud para enviar correspondencia a una dirección que no sea su dirección comercial o para cancelar una dirección preexistente, a excepción de los avisos relacionados con una Determinación y Evaluación o Reembolso/Ajuste, que deben ser enviados a la dirección comercial principal de la unidad de empleo o a la última dirección comercial o domicilio conocido. **Si la dirección solicitada que se añade pertenece a una tercera persona o a una oficina de servicios, debe llenar el formulario de Poder de Notarial (LE-10).**

Nombre de la Persona Empleadora _____

Nombre comercial _____

Número de la cuenta de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance, UI) de Illinois _____

Número de Identificación Federal _____

Nota: Cada formulario debe dirigirse a una sola dirección. Por lo tanto, marque solo una dirección para cada formulario. Si su solicitud no cabe por completo en este formulario debido a que posee múltiples direcciones, incluya copias adicionales del formulario:

| | | |
|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> BIS-32 (Notificación a la Persona Empleadora responsable) | _____ | A/A (nombre del/de la representante o de la oficina de servicios) |
| <input type="checkbox"/> UI-3/40 (Cotizaciones e informe de salarios) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ben-118/118R Notificación de cargos de beneficios | _____ | Dirección con identificación de la calle unidad o <i>suite</i> |
| <input type="checkbox"/> UI-5A/UI5B (Notificación de tasas) | _____ | Ciudad, estado, código postal |
| <input type="checkbox"/> Notificación de apelación de beneficios | _____ | |
| <input type="checkbox"/> SI-5 (Notificación de auditoría de beneficios obtenidos) | _____ | País Número de teléfono |
| | | Dirección de correo electrónico |

Fecha de entrada en vigor _____

Fecha de vencimiento _____

| | | |
|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> BIS-32 (Notificación a la Persona Empleadora responsable) | _____ | A/A (nombre del/de la representante o de la oficina de servicios) |
| <input type="checkbox"/> UI-3/40 (Cotizaciones e informe de salarios) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ben-118/118R Notificación de cargos de beneficios | _____ | Dirección con identificación de la calle unidad o <i>suite</i> |
| <input type="checkbox"/> UI-5A/UI5B (Notificación de tasas) | _____ | Ciudad, estado, código postal |
| <input type="checkbox"/> Notificación de apelación de beneficios | _____ | |
| <input type="checkbox"/> SI-5 (Notificación de auditoría de beneficios obtenidos) | _____ | País Número de teléfono |
| | | Dirección de correo electrónico |

Fecha de entrada en vigor _____

Fecha de vencimiento _____

Firmado por _____

Fecha _____

Cargo _____

Número de teléfono _____