

Fecha de Sello

ESTADO DE NEBRASKA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO
SEGURO DE DESEMPLEO
P O BOX 94600
LINCOLN, NEBRASKA 68509-4600
Teléfono: 402.471.9898
Fax: 402.471.9994

Sitio Web: dol.nebraska.gov/UIConnect

Número de cuenta del Empleador	
Número de Identificación Federal	
Revisado / Aprobado	FECHA

PODER LEGAL

(NEB. REV. STAT. §48-607)

Nombre del Negocio y Dirección		
Nombre del Negocio	Haciendo negocios como (otro nombre)	Número de teléfono
Dirección postal	Ciudad Estado	Código postal

Nombre del Representante y Dirección		
Nombre del Representante Legal	El Representante haciendo negocios como (otro nombre)	
La Dirección postal del Representante	Número de teléfono	
Ciudad Estado Código postal	La Dirección de correo electrónico del Representante *	

El empleador designa (nombra) a la entidad de arriba para los propósitos de la representación de los siguientes asuntos del Seguro de Desempleo, como se indica a continuación (marque las casillas aplicables). Si el representante no tiene autorización previa, indique la dirección correcta.

Funciones del Departamento autorizadas con poder legal	La Dirección postal del Representante (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal) y Dirección de correo electrónico *
<input type="checkbox"/> Reportes Trimestrales de Impuestos Registrados	
<input type="checkbox"/> Correspondencia del Reporte Trimestral de Impuestos	
<input type="checkbox"/> Avisos de las tarifas de Impuestos Combinados	
<input type="checkbox"/> Reclamos de beneficios/Avisos de Cobro de Beneficios	
<input type="checkbox"/> Auditorías de Control de Pago de Beneficios	
<input type="checkbox"/> Documentos de apelación	

REVOCACIÓN DE PODERES ANTERIORES LEGALES
<input type="checkbox"/> Yo elijo revocar todos los poderes legales anteriores registrados con el Departamento con respecto a las mismas actividades del Seguro de Desempleo listadas anteriormente, excepto los siguientes: _____ Efectivo: _____
<input type="checkbox"/> Yo elijo revocar todos los poderes legales registrados con el Departamento Efectivo: _____

Si es firmado por un individuo, oficial corporativo, socio, miembro, Gerente LLC, o fiduciario de parte del contribuyente / representante, por este medio certifico que apruebo este Poder Legal, quien está autorizado para ejecutar el poder legal de parte del contribuyente.

X _____
Firma del Dueño del Negocio fecha

Nombre Dirección de correo electrónico del empleador *

X _____
Firma del Poder legal fecha

Nombre Dirección de correo electrónico * título

* La dirección de correo electrónico proporcionada puede ser utilizada para futuros negocios oficiales del Departamento.

INSTRUCCIONES

¿Quién debe registrarse:

Cualquier empleador que desee asegurar la representación de una persona o grupo, además de los dos involucrados principalmente, para asuntos relativos a las funciones del programa de Seguro de Desempleo (Neb. Rev. Stat. §48-607).

Este formulario puede ser completado y registrado ante el Departamento en cualquier momento. Para que este Poder Legal sea efectivo, el empleador y el representante tercero deben completar y firmar antes de que cualquier persona pueda ser designada para representar las actividades del Seguro de Desempleo (Impuestos, Beneficios, Apelaciones y Control de Pago de beneficio).

Cómo Registrarse:

Este formulario puede ser presentado a través de correo electrónico, fax, o enviar por correo al Departamento de la siguiente manera:

- Para obtener copias adicionales, visite dol.nebraska.gov
- correo electrónico: NDOL.uiccontact@nebraska.gov
- Fax la forma de Poder Legal a : 402.471.9994
- Envíe por correo al Departamento de Trabajo: Unemployment Insurance Tax Division, PO Box 94600, Lincoln, NE 68509-4600.
- Por favor llame 402.471.9898 para cualquier pregunta relacionada a esta forma.

Nombre del Empleador y Dirección:

Si un número de cuenta de impuestos de Seguro de Desempleo se ha asignado, por favor proporcione el Número junto con el Número de Identificación Patronal Federal. La dirección postal del empleador es necesaria en caso de una revocación en el futuro del Poder Legal. Por favor también incluya la dirección de correo electrónico adecuada, ya que las notificaciones de correo electrónico serán el futuro formato de la comunicación para el Departamento.

Designación de apoderado:

Se considera un abogado-en-hecho a toda persona que actúe en nombre de otro. Ingrese la información del representante designado por terceros de las cuales cada función del Departamento debería ser delegada.

Actos autorizados:

Esta forma de Poder Legal enumera varias funciones que el abogado-de-hecho puede realizar en nombre del empleador. Indique qué funciones el representante de terceros llevará a cabo con la dirección de correo correspondiente. **Si el representante no va a realizar ciertas funciones en nombre del empleador, no marque la casilla, y por favor, indique la dirección postal correcta para la comunicación de estos documentos.** Es importante que la dirección correcta sea listada para cada función, para que el partido correcto reciba toda la correspondencia que requiera prontitud.