

Marque esta casilla si no se le pagó a nadie.

## INFORME DE NÓMINA ANUAL DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES

El pago de cualquier recargo adeudado debe llevar matasellos o iniciarse electrónicamente a más tardar el 31 de Enero. Para obtener más información sobre cómo realizar pagos electrónicamente, llame al 800-876-4044 o envíe un correo electrónico a [capta@aim-companies.com](mailto:capta@aim-companies.com).

Si se adeuda algún recargo adicional, cheques deben hacerse pagaderos a "AIM" y enviarse por correo a:  
8144 Walnut Hill Lane, Suite 900, Dallas, TX 75231.

Nombre de PTA (como se muestra en los estatutos) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

EIN Federal \_\_\_\_\_ ID de unidad de la PTA \_\_\_\_\_ Consillio de la PTA \_\_\_\_\_ Distrito del PTA \_\_\_\_\_

Distrito escolar (opcional) \_\_\_\_\_

**Nota:** Enumere solo a los portadores que el PTA paga directamente por servicios. NO incluya en la lista fondos donados al distrito escolar para los salarios de empleados.

| NOMBRE DEL PORTADOR<br>(INDIVIDUAL O ORGANIZACION) | TIPO DE TRABAJO<br>(Sea específico)  | FECHAS<br>TRABAJADAS<br>(ENERO 5, 2020 A<br>ENERO 4, 2021) | CANTIDAD PAGADA PARA<br>SERVICIOS A PAYEES:                     |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | CON SU PROPIA<br>COBERATURA<br>COMPENSACIÓN DE<br>TRABAJADORES* | SIN SU PROPIA<br>COBERATURA<br>COMPENSACIÓN DE<br>TRABAJADORES |
| 1  |  |  |   |  |
| 2  |  |  |   |  |
| 3  |  |  |   |  |
| 4  |  |  |   |  |
| 5  |  |  |   |  |
| 6  |  |  |   |  |
| 7  |  |  |   |  |
| 8  |  |  |   |  |
| 9  |  |  |   |  |
| 10   |  |  |   |  |
| <b>A</b>   | <b>Total pagado a los beneficiarios SIN su propia cobertura de compensación para trabajadores:</b> |  |   |  |
| <b>B</b>   | <b>Menos \$1,000 (si la línea A es menos de \$ 1,000, ingrese "\$ 0" en las líneas C y D)</b>      |  |   | <b>-\$1,000.00</b>   |
| <b>C</b>   | <b>Pagos totales sujetos a recargo ( Línea A menos \$ 1,000 en la Línea B )</b>                    |  |   |  |
| <b>D</b>   | <b>Recargo adeudado ( multiplique la línea C por 5 por ciento )</b>                                |  |   |  |

\* Las cantidades solo deben ingresarse en esta columna si el beneficiario le ha proporcionado a su PTA un Certificado de seguro (COI) especificando cobertura de compensación para trabajadores y límites relacionados. Para cualquier cantidad ingresada en esta columna, se debe adjuntar un COI a este formulario. Tenga en cuenta que la responsabilidad general NO es un seguro de compensación para trabajadores

- Este formulario se puede presentar electrónicamente en <https://aiminsurance.formstack.com/forms/capta>.
- Informe TODOS los beneficiarios que el PTA pagó directamente por servicios; (adjunte páginas de detalles adicionales si sea necesario.)
- Este informe debe estar firmado por el Tesorero o Presidente de su PTA.
- Si los pagos totales de su PTA a los beneficiarios sin su propia cobertura de compensación para trabajadores es de \$ 1,000 o menos, NO se adeuda ningún recargo.
- NO envíe este informe ni ningún recargo adeudado a su consillio, distrito o el PTA del estado.
- Este formulario de informe debe completarse y enviado por correo no **más tarde que el 31 de enero**.

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Telefono ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(Tesorero o Presidente)