



cadaniño. unavoz.

TODA UNIDAD, CONSEJO Y DISTRITO DE LA PTA DEBE COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO AUNQUE NO LE HAYA PAGADO A NINGUNA PERSONA

INFORME DE NÓMINA ANUAL DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES

(Adjunte el pago de prima de seguro al Reporte y remítalo a la PTA de consejo o distrito, según las instrucciones, para la fecha de entrega. El pago debe recibirse del distrito en o antes del 31 de enero.)

Nombre de la PTA _____ Distrito _____
Dirección _____ Consejo _____
Ciudad _____ Código Postal _____

Nota: incluya solamente la lista de empleados a quienes la PTA paga directamente. Adjunte todos los DE-6 y DE-542. NO incluya en la lista cuándo se donan los fondos al distrito escolar para los salarios de los empleados. NO incluya en la lista el nombre de la compañía, sino solamente los nombres individuales.

Table with 5 main columns: NOMBRE DEL TRABAJADOR, Tipo de trabajo (sea específico), ¿Tiene la persona contratada su propio seguro de compensación laboral? (Sí/No), Fechas trabajadas (Enero 5, ___ a Enero 4, ___), Planilla monto pagado. Includes summary rows A, B, C, D.

* Si la respuesta es sí, el trabajador debe suministrar a la PTA el certificado del seguro de compensación laboral provisto por su compañía aseguradora.

Este informe debe completarse y enviarse, a través de los canales, para que llegue a la oficina de la PTA de California a más tardar el 31 de enero.

- Las unidades, consejos y distritos de la PTA deben presentar este informe, aun cuando no hayan pagado a nadie.
Reporte a TODOS los trabajadores con paga - Adjunte páginas adicionales si es necesario.
Adjunte copias de los formulario de reportes trimestrales de empleados DE-6 y DE-542 para Contratistas independientes.
Escriba NO SE HICIERON PAGOS a lo ancho del formulario si no se hicieron pagos a nadie.
Firmado por el tesorero o el presidente.
Remita a través de los canales (unidad a consejo, a distrito). NO lo envíe directamente a la oficina de la PTA de California.
(Consulte la Carpeta de recursos de la PTA de California, Reporte anual de compensación al trabajador, 5.3.3i, para obtener más información.)

Fecha _____
Teléfono (_____) _____

Firma _____
Cargo _____