

CAMBIO DE EMPLEADOR DE REGISTRO FORMULARIO DE ATESTACIÓN DE ASISTENTES

Nombre del Asistente: _____	Número de Identificación CDCN: _____
Nombre del Consumidor: _____	Número de Identificación CDCN: _____
Nuevo Empleador De Registro (EOR) Nombre: _____	

El Empleador de Registro (EOR) electo del consumidor ha cambiado. Con el cambio de Empleador de Registro, necesitamos actualizar nuestros registros con la nueva relación laboral que puede afectar las exenciones fiscales para las que califique. El nuevo Empleador de Registro debe completar un nuevo paquete de inscripción junto con este formulario si no lo han hecho previamente.

Instrucciones para el Asistente. ELIJA UNA DESCRIPCION A CONTINUACION. Marque la casilla que mejor describa su relación con el Empleador de Registro.

☐ Hijo(a) del EOR (marque una casilla a continuación) ☐ Tengo menos de 21 años. ☐ Tengo 21 años o más.	☐ Padre del EOR (marque una casilla a continuación) ☐ Sujeto a FICA* ☐ Exento a FICA**
☐ Cónyuge Del EOR.	☐ Relación no mencionada anteriormente (Por favor describa): _____
☐ Sin relación con el EOR.	

Atestación del EOR/Asistente

El propósito de esta Atestación es esbozar la nueva relación de empleador-empleado como se indicia anteriormente. El EOR y Asistente atestan que la relación definida anteriormente es exacta y ambas partes entienden que los futuros cambios en las relaciones deben ser sometidas a CDCN en un plazo de 5 días.

Al firmar a continuación, el EOR y el Asistente entienden que todas las reglas y regulaciones como se indican en el formulario de Atestación de Asistente original todavía están en efecto. Una versión en blanco del formulario de Atestación de Asistente se puede encontrar aquí:

<https://www.consumerdirectva.com/forms/aetna-better-health-of-virginia-forms/>

Empleador de Registro, Nombre Impreso

Firma

Fecha

Asistente, Nombre Impreso

Firma

Fecha

