



La Forma de Deducción/Cancelación de Nómina del Empleado

FirstStarHR, its Affiliates and Client Companies

Nombre del cliente: _____

Nombre del empleado: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Helm ID#: _____

Las deducciones no son autorizadas si esta forma no esta firmada por el empleado que acepta la deducciones de nómina.

Deducción de Nómina Tipo 1: 85- Avance _____ 31- Préstamo _____ 51- Herramienta _____
24- Uniformes _____

Otro _____ (explique por favor) _____

Fecha de empezar _____ / _____ / _____ Balance Principal debido: \$ _____
(si aplica)

Cantidad de Deducción por Periodo de Pago: \$ _____

Deducción de Nómina Tipo 2:

Mayor Médico _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

Dental _____ PRE-IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

Visión _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AD&D _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC CANCER _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC ACCIDENT _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC LIFE _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC STD _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC ICU _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC DIS RIDER _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

AFLAC DENTAL _____ PRE- IMPUESTO _____ DESPUES-IMPUESTO _____

FECHA DE EMPEZAR _____ / _____ / _____

Por favor lista las deducciones por periodo de pago solamente.

La fecha solicitada del comienzo NO se garantiza y es con sujeción a la aprobación de cada Compañía del Seguro.

Si hay deducciones requeridas adicionales, usan por favor una forma separada.

Yo autorizo FirstStarHR, sus afiliados y compañías clientes para retener la deducción(es) indicado arriba de mi cheque(s) de pago hasta pagado en completo; Yo entiendo que los beneficios que seleccioné permanecerá vigente hasta cancelado /terminado por yo mismo o el cliente mencionado arriba. Si contribuciones requeridas para los beneficios/deducciones elegidos son aumentados o disminuyó mientras este acuerdo permanece vigente, mi pago se ajustará automáticamente para reflejar tan. En caso de la terminación del empleo, todo financia debido será descontado de mi último cheque de pago donde posible. Si dinero adicional se debe, el empleado concuerda en hacer el pago (s) asignado debido inmediatamente.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

Firma de Supervisor/HR *: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre Aquí *: _____

Yo Autorizo FirstStarHR, sus afiliados y compañías clientes para que cancele las siguientes deducciones de mi cheque (s) de pago:

Fecha de cancelación de deducción(es): _____ / _____ / _____ Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

Firma de Supervisor/HR*: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre Aquí*: _____ Fecha: _____