



CAT

Canby Area Transit

**TRIMESTRAL DECLARACION DE
IMPUESTOS DE NÓMINA
AÑO FISCAL: 20__**

NOMBRE DE NEGOCIO
PERSONA A CONTACTAR (IMPRIMA POR FAVOR)
CORREO ELECTRÓNICO:

NÚMERO DE CUENTA
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O FEDERAL

DIRECCIÓN POSTAL(Compruebe si está nuevo) <input type="checkbox"/>

TRIMESTRE	FECHA DE VENCIMIENTO
<input type="checkbox"/> 1 ST	Abril 30
<input type="checkbox"/> 2 ND	Julio 31
<input type="checkbox"/> 3 RD	Octubre 31
<input type="checkbox"/> 4 TH	Enero 31

1. Total de salarios brutos pagados.	
2. Tasa de impuestos.006
3. Impuestos pagaderos (multiplica #1 por #2).	
4. Penalización #1.	
5. Penalización #2.	
6. Interés.	
7. Total pagadero (Agrega las líneas 3 - 6).	

Firma	Fecha	Numero de Teléfono
-------	-------	--------------------

ESTA DECLARACIÓN ES VERDADURA Y CORRECTA Y ESTÀ ARCHIVADA BAJO PENA DE FALSO JURAMENTO

CITY USE ONLY

DATE RECEIVED	CHECK NUMBER
---------------	--------------

Correo: CANBY AREA TRANSIT PO
BOX 930
CANBY OR 97013
transitpayrolltax@canbyoregon.gov
Telefono: 503-266-0687 Fax: 503-266-1799