



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.
3. Impuestos pagaderos (multiplica #1 por #2).
4. Penalización #1 (10% si vencido por 30 días o menos)
5. Penalización #2 (adicional 15% si vencido mas que 30 días) . . .
6. Interés (1.5% de impuestos adeudados por mes a fecha de remesa)
7. Total pagadero (Agrega las líneas 3 - 6).

| |
|------|
| |
| .006 |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | |
|-------|-------|--------------------|
| 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