

Formulario de Información del PCA/DCW Proveedor

Tempus Unlimited Fiscal Intermediary

Este formulario debe ser completado por el PCA/DCW y debe entregarse junto con la documentación del nuevo empleado. Los campos obligatorios están marcados con (*)

Nombre del PCA/DCW*	Segundo Nombre del PCA/DCW <i>Si corresponde</i>	Apellido del PCA/DCW*	
Fecha de Nacimiento del PCA/DCW*	ID Único del PCA/DCW <i>Se aplica a los PCA/DCW que ya tienen un ID único de PCA/DCW</i>	Número de Seguro Social del PCA/DCW*	
Nombre del Consumidor/Participante de las Exenciones*	Apellido del Consumidor/Participante de las Exenciones*	Número del Consumidor/Participante de las Exenciones*	
Dirección de Domicilio del PCA/DCW* <i>(No se aceptan apartados postales)</i>			
Dirección de Calle*			
Edificio/Unidad/Apto.			
Ciudad*	Estado*	Código Postal*	
¿La dirección postal del PCA/DCW coincide con la dirección de domicilio del PCA/DCW?*		☐ Sí	☐ No
Dirección Postal del PCA/DCW* <i>(No se aceptan apartados postales)</i>			
Dirección de Calle*			
Edificio/Unidad/Apto.			
Ciudad*	Estado*	Código Postal*	
Dirección de Correo Electrónico del PCA/DCW*			
Teléfono Principal del PCA/DCW* <i>Se requiere al menos un número de teléfono. Utilice las casillas de verificación para indicar su teléfono principal.</i>	Teléfono Celular del PCA/DCW	Teléfono Fijo del PCA/DCW	
☐ Teléfono Celular ☐ Teléfono Fijo			
Idioma Preferido del PCA/DCW*			