Este formulario debe completarse en su totalidad.

Ciente Frontline HRO:

Nombre : _____

Nueva ubicación / dirección d el cliente : _____

Nuevo nombre de ubicación d el cliente : _____

Ciudad : _____ Estado : _____ Código postal: _____

Código de clase solicitado (si se conoce) : _____

Número de empleados para el nuevo código : _____

Nómina b ruta anual estimada : _____

Código de clase solicitada Fecha de inicio : _____

Descripción detallada de los deberes de trabajo del empleado a realizarse:

Instrucciones: Asegúrese de proporcionar tantos detalles como sea posible en la descripción de los deberes de trabajo del empleado para asegurar que los empleados estén clasificados con precisión.

Nota: Por favor espere 24-48 horas para su aprobación.

Complete la solicitud en su totalidad y envíela por correo electrónico a risk@frontlinehro.com.

Sólo para uso interno

Nuevo estado del código de comp: _____ ☐ Aprobado por UW ☐ Ubicación agregada ☐ WC MOD Estado agregado ☐ Código de tr abajo agregado Informes de clientes SUTA: ☐ Si ☐ No ☐ EIN agregada ☐ Tarifa agregada	Nuevo código de comp solo: _____ ☐ Aprobado por UW ☐ Código de t rabajo agregado Exhibición A Generada: _____ Exhibición A Firmada: _____ Tarifa: _____ Financiar: _____ Ubicación# _____
---	---