



6407 Parkland Drive  
 Sarasota, Florida 34243  
 Phone: (888) 925-2990  
 (941) 925-2990

## Authorization for Payroll Deduction

Employee Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Client Name: \_\_\_\_\_ Client Number: \_\_\_\_\_

Paycheck Deduction Start Date: \_\_\_\_\_

**This section to be completed by the worksite employer only.**

**Purpose:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uniform                | <input type="checkbox"/> Cell Phone                           |
| <input type="checkbox"/> Tool                   | <input type="checkbox"/> Meal                                 |
| <input type="checkbox"/> Insurance (Type _____) | <input type="checkbox"/> Loan in the total amount of \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Other _____            |   |

**Amount:**

- One-time deduction of \$ \_\_\_\_\_  
 { or }  
 On-going deduction of \$ \_\_\_\_\_ per check equaling \$ \_\_\_\_\_ each month. Deductions occur 4 times per month if payroll is weekly. 2 times per month if biweekly.

**Retain or Credit:**

- PES will retain this deduction (established payables account only)  
 { or }  
 PES will credit this deduction to the worksite employer

**This section to be completed by the employee.**

1. I authorize my employer to deduct from my paycheck the amount as indicated above.
2. I agree that my employer may deduct the unpaid balance if the employment relationship ends before total repayment occurs.
3. I agree that I will repay my employer any remaining balance owed, within 30 days after my employment ends, if I have an unpaid balance.

Employee's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Fax this form to your payroll representative at your processing center:**

	<b>SARASOTA</b>	<b>WEST PALM BEACH</b>	<b>CAPE CORAL</b>
PHONE	888-925-2990	800-317-3626	866-249-6408
FAX	888-925-7567	561-471-1618	239-542-3053



6407 Parkland Drive  
 Sarasota, Florida 34243  
 Phone: (888) 925-2990  
 (941) 925-2990

## Autorización para Deducción de Nómina

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Número de Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha para comenzar la deducción: \_\_\_\_\_

\*\* La fecha debe estar dentro del período de pago que la deducción debe comenzar.

**This section to be completed by worksite employer only.**  
**Esta sección para ser completada por el empleador de trabajo de sitio.**

**Para el propósito de:**

<input type="checkbox"/> Uniformes	<input type="checkbox"/> Teléfono Celular
<input type="checkbox"/> Herramientas	<input type="checkbox"/> Comidas
<input type="checkbox"/> Seguro (Tipo _____)	<input type="checkbox"/> Prestamo del empleado en la cantidad de \$ _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	

**Cantidad**

Deducción de una sola vez de \$ \_\_\_\_\_  
 {o}

Deducción continuada de \$ \_\_\_\_\_ por cheque \$ \_\_\_\_\_ cada mes.  
 Deductions occur 4 times per month if payroll is weekly. 2 times per month if biweekly.

**Retener o Creditar**

PES retendrá esta deducción (cuentas pagables establecidas unicamente)  
 {o}

PES hará credito de esta deducción el empleador de lugar de trabajo.

**Autorización del empleado:**

1. Yo autorizo a mi empleador a deducir de mi pago la cantidad mencionada anteriormente.
2. Acepto que mi empleador pueda deducir el balance que no haya sido pagado si la relación de empleo termina antes de el re-pago total ocurra.
3. Acepto que voy apagar a mi empleador dentro de 30 dias después de que mi empleo termine si tengo un balance que no haya sido pagado.

\_\_\_\_\_

**Firma del Empleado** **Fecha**

	<b>SARASOTA</b>	<b>WEST PALM BEACH</b>	<b>CAPE CORAL</b>
PHONE	888-925-2990	800-317-3626	866-249-6408
FAX	888-925-7567	561-471-1618	239-542-3053