

Maryland New Hire Registry Reporting Form

Send completed forms to:
 Maryland New Hire Registry
 PO Box 1316
 Baltimore, MD 21203-1316
 Fax: (410)281-6004 or toll-free fax 1 (888) 657-3534

To ensure the highest level of accuracy, please print neatly in capital letters and avoid contact with the edges of the boxes. The following will serve as an example:

A
B
C

1
2
3

EMPLOYER INFORMATION

Federal Employer Id Number (FEIN):

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

Please use the same FEIN that appears on quarterly wage reports.

State Unemployment Insurance Number (MD Only SUIN):

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

If SUIN not issued yet, please write "APPLIEDFOR" in the above box. If Exempt, write "EXEMPT".

Employer Name:

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

Employer Address (Please indicate the address where the Income Withholding Orders should be sent):

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

Employer City:

Employer State: Zip Code (5 digit):

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

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

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

Employer Phone (optional):

Employer Fax (optional):

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

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

Contact Name (optional):

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

Email (optional):

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

EMPLOYEE INFORMATION

Employee Social Security Number (SSN):

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

Date of Hire (mm/dd/yyyy):

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

Employee First Name:

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

Middle Initial (optional):

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

Employee Last Name:

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

Employee Address:

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

Employee City:

Employee State:

Zip Code (5 digit):

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

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

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

Date of Birth mm/dd/yyyy (optional):

Employee Salary (Dollars and Cents):

Hourly

Monthly

Yearly

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

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

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

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

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

Are health care benefits available to employee? (Y/N):

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

Employee Gender (M)ale/(F)emale:

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

Reports must be submitted within 20 days of the date of hire or rehire

Rev (09/02)

Questions? Call us at (410) 281-6000 or toll-free 1 (888) MDHIRES (634-4737). Report online at www.mdnewhire.com