

Georgia New Hire Reporting Form

Send completed forms to:
 Georgia New Hire Reporting Program
 PO Box 38480
 Atlanta, GA 30334-0480
 Fax: (404) 525-2983 or toll-free fax 1 (888) 541-0521

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 your quarterly wage reports you submit to the State):*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Multiple medical insurance: Y/N

Primary Insurance Company Name (if available to the employee):

If available/offered: Y/N

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employer Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employer Address: *(Please indicate the address where the Wage Withholding Orders should be sent).*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employer City:

Employer State: Zip Code (5 digit):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employer Phone:

Extension:

Employer Fax:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPLOYEE INFORMATION

Employee Social Security Number (SSN):

Employee Starting Salary (Monthly):*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employee First Name:

Middle Initial:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employee Last Name:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employee Address:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Employee City:

Employee State: Zip Code:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Hire:

Date of Birth:

Actual First Day of Work:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medical Insurance Company Name:*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

***optional**

Reports must be submitted within 10 days of date of hire or rehire

Questions? Call us at (404) 525-2985 or toll-free 1 (888) 541-0469