

# 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](http://www.mdnewhire.com)