رقم الإشعار

وزارة تجارة كارولاينا الشمالية قسم الأمن الوظيفي تأمين ضد البطالة

<اسم مقدم الطلب>

رقم الدفعة: <رقم الدفعة - رقم التسلسل> هوية مقدم الطلب: <هوية مقدم الطلب> رقم ملف الدعوى: <رقم ملف الدعوى>

تاريخ بداية المزايا السنوية		قيمة المزايا الأسبوعية		بدل الدخل		المبلغ غير المقبول
<بداية المزايا السنوية>		<قيمة المزايا الأسبوعية>	+	<قيمة الدخل>	=	<إجمالي قيمة المزايا الأسبوعية+قيمة الدخل>

الدخل الحقيقي

الأسبوع المنتهي في	الدخل المعلن عنه	**<اسم صاحب العمل>**			المزايا المدفوعة	تاريخ استحقاق المزايا	القيمة المنقوصة من الدفع	قيمة الدفعات الإضافية
مجموع الدفعات الإضافية <قيمة مجموع الدفعات الإضافية>			المجموع		<مجموع المزايا المدفوعة>	<مجموع المزايا المستحقة>	<مجموع القيمة المنقوصة من الدفع>	<مجموع الدفعات الإضافية>
مجموع الدفعات المنقوصة <قيمة الدفعات المنقوصة>								

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد البطالة. أبلغ عن حالات احتيال التأمين ضد البطالة المشتبه بها عبر الإنترنت على des.nc.gov
صندوق بريد 25903 Raleigh, North Carolina 27611-5903

النموذج: BAM010