



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية  
قسم الأمن الوظيفي - تأمين ضد البطالة



--	--	--

لاستخدامات قسم الأمن الوظيفي فقط

المسؤول عن المراجعة: \_\_\_\_\_

تاريخ الاستلام: \_\_\_\_\_

تاريخ: \_\_\_\_\_

مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - -

التعليمات: يجب أن يستلم قسم الأمن الوظيفي هذا النموذج خلال 14 يوم من تاريخ انتهاء الأسبوع الذي تطالب به باستحقاقاتك. كما يجب ختم النموذج بعد منتصف الليل يوم السبت، في حال عدم القدرة على إرجاع مطالبتك خلال 14 يوم من تاريخ انتهاء الأسبوع، ينبغي إعادة فتح المطالبة والعمل لمدة أسبوع انتظار غير مدفوعة.

انتهاء الأسبوع _____	تطبيق الأسئلة التالية على مدة انتهاء سبعة أيام من الأسبوع في الساعة 11.59 منتصف الليل ليوم السبت، _____
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	1. هل أنهيت عملك؛ أتممت مهمة مؤقتة أو وردية خلال الأسبوع؟
	2. هل قمت بالعمل خلال الأسبوع؟
\$ _____	3. إذا قمت بالعمل، يرجى إدخال قيمة الأرباح قبل الاقتطاعات.
_____	4. إذا قمت بالعمل، يرجى إدخال عدد ساعات العمل الكلية المنجزة.
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	5. هل كنت تبحث عن عمل؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	6. هل كنت قادر على العمل؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	7. هل كنت متوفر للعمل؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	8. هل رفضت أي عرض عمل أو إحالة؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	9. هل ذهبت إلى مدرسة أو خضعت لدورة تدريبية؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	10. هل أنت مستعد لترك المدرسة أو الدورة التدريبية أو تغيير جدولك لقبول وظيفة محددة؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	11. هل حصلت على راتب تقاعد؟
لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	12. هل تغيرت قيمة راتب التقاعد؟
\$ _____	13. هل حصلت على قيمة مدفوعة بدل إجازة أو فصل أو كتعويضات؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدخال قيمة إجمالية في المربعات المبينة على اليمين.

\$	14. هل حصلت على بدل إجازة أو علاوة؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إدخال قيمة إجمالية في المربعات المبينة على اليمين.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
	15. هل قدمت طلب أو حصلت على: بدل عجز أو تعويضات عمال أو تأمين ضد البطالة من وكالة حكومية أخرى؟

شهادة مقدم الطلب: أنا \_\_\_\_\_ ، أشهد بأن الأجوبة المشار إليها أعلاه صحيحة و  
(الاسم كتابة)  
وموثوقة بحسب معرفتي واعتقادي. أنا أدرك أنني قد أحاكم في محكمة قانونية نتيجة لتقديم بيانات كاذبة و/أو حجب معلومات.  
توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يرجى تحميل النموذج المكتمل عبر بوابة خدمة مقدم الطلب الذاتية [des.nc.gov](http://des.nc.gov)  
أو

أرسل النموذج المكتمل عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس إلى:

صندوق بريد 25903  
Raleigh, NC 27611-5903  
رقم الفاكس 919.715.7642

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد  
البطالة  
بالرد على الطلبات المتعلقة بالمعلومات بدقة وفي  
الموعد المحدد