



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية
قسم الأمن الوظيفي - تأمين ضد البطالة



اسم صاحب العمل
لعناية:
العنوان

السيد المحترم،

لقد تلقت وكالتنا دعوى لتغطية مزايا البطالة نتيجةً لخلاف متعلق بالعمل. وتطالبنا قوانين قسم الأمن الوظيفي بإعلامك عن تلقي الطلب والتأكد من المعلومات الضرورية لتحديد صحة حالة البطالة الواقعة بسبب خلاف متعلق بالعمل.

يرجى منك تزويد موظفي مكتبنا بالمعلومات الآتية خلال أيام العمل الخمسة (5) القادمة:

1. قائمة بالأسماء وأرقام الضمان الاجتماعي وعناوين المراسلة الكاملة لجميع الموظفين المتضررين من هذا الخلاف المتعلق بالعمل؛
2. اليوم الأول لبطالة الموظفين المعنيين؛
3. سبب وقوع هذا الخلاف المتعلق بالعمل؛
4. مكان وقوع الخلاف (أو حدوثه)؛
5. اسم وعنوان ورقم هاتف صاحب العمل وممثل صاحب العمل؛
6. اسم وعنوان ورقم هاتف ممثل الموظف أو وكيل المفاوضات (النقابة والرقم المحلي وغيره) إن وجد. إضافة إلى اسم وعنوان ورقم هاتف ممثل وكيل المفاوضات.

يرجى الاتصال على الرقم 000. 000. 0000 في حال كانت لديك أي أسئلة متعلقة بهذا الخطاب.

مع فائق الاحترام،

الاسم
مساعد مدير مزايا التأمين ضد البطالة

يرجى تحميل النموذج المكتمل عبر بوابة خدمة مقدم الطلب الذاتية www.ncesc.com أو
أرسل النموذج المكتمل عبر البريد الإلكتروني أو صندوق بريد 25903
Raleigh, NC 27611-5903 الفاكس إلى:
رقم الفاكس 919.715.7642

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