



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية قسم الأمن الوظيفي- تأمين ضد البطالة



طلب دولي لإعادة النظر في
القرار النقدي/ انتمان الأجور

1. اسم مقدم الطلب (الأول، الوسط، الأخير)	2. رقم الضمان الاجتماعي [][][][][] - [X][X] - [X][X][X]
اسم الموظف (إذا كان مختلفاً)	رقم ضمان اجتماعي آخر (إن وجد) [][][][][] - [X][X] - [X][X][X]
3. عنوان البريد المحلي (رقم الشارع، المدينة، الدولة، الرمز البريدي)	4. الدولة المسؤولة 5. الدولة الناقلة
6. رقم الهاتف (يتضمن رمز المنطقة) ()	
7. <input checked="" type="checkbox"/> أطلب إعادة النظر في الأسابيع/الأجور المحوالة (IB-4) <input type="checkbox"/> أطلب إعادة النظر في القرار النقدي المحدد في تاريخ ____ الأسباب:	

8. أكمل ما يلي في حال اعتراضك على مقدار أسابيع/أجور الفترة الأساسية:

مواعيد العمل	اسم صاحب العمل	الأسابيع	الأجور	فترة الأساس	
				الربع المنتهي في	الغاية
				31 مارس، 20__	
				30 يونيو، 20__	
				30 سبتمبر، 20__	
				31 ديسمبر، 20__	

9. * أكمل ما يلي بخصوص أي فترة أساس لم يدرجها صاحب العمل في القرار:

إجمالي الأجور المطلوبة	مواعيد العمل		اسم صاحب العمل:
	من	لغاية	
\$			عنوان البريد المحلي (رقم الشارع، المدينة، الدولة، الرمز البريدي)
	نوع العمل المنجز		عنوان قائمة الرواتب (إذا كان مختلفاً)
	موقع العمل (المدينة، الدولة)		

ملاحظة: أرفق وثائق الإثبات، مثل أرومة الشيكات، W-2 وغيرها، في حال استكمال النقطة #8 أو 9.

10. المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي واعتقادي.	توقيع مقدم الطلب
11. أشهد بأنني تحققت من رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب.	توقيع مستلم الطلب
12. تاريخ تقديم الطلب	شخصياً <input type="checkbox"/> عبر البريد <input type="checkbox"/>
تاريخ الاستلام	
التوزيع	الطلب الأصلي ونسخة واحدة (1) إلى الدولة المسؤولة/الدولة الناقلة نسخة إلى سجلات العميل الحكومية نسخة إلى مقدم الطلب

بريد أو فاكس إلى: صندوق بريد 25903
Raleigh, NC 27611-5903
رقم الفاكس (919) XXX-XXXX

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد البطالة!

أبلغ عن حالات احتيال التأمين ضد البطالة المشتبه بها عبر الإنترنت على
des.nc.gov

NCCLM IB-14

صندوق بريد 25903 Raleigh, North Carolina 27611-5903