



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية

قسم الأمن الوظيفي

التأمين ضد البطالة



إشعار المطالبة الأولية والمطالبات المحتملة ضد حسابك

تاريخ الإشعار:

رقم تبليغ صاحب العمل:

رقم الضمان الاجتماعي	اسم مقدم الطلب	بداية سنة تلقي المزايا	قيمة المزايا الأسبوعية	بدل الدخل	نسبة مجموع أجور فترة الأساس	الحد الأعلى للمطالبات المحتملة
أجور فترة الأساس (لكل ربع سنوي)						

ملاحظة هامة: لطلب عدم المطالبة، يجب إرسال رد خلال 15 يوماً. جد المعلومات والتعليمات أدناه.

التعليمات: في الفراغ أدناه، أدخل سبب فصل مقدم الطلب عن العمل. إن كان مقدم الطلب قد استقال، أدخل السبب الذي قدمه الموظف (أما في حال عدم تقديمه لسبب معين، أدخل عبارة تفيد بذلك). إذا تم فصل مقدم الطلب من العمل، صف الفعل الذي أدى للأفعال التي أدت إلى فصله من العمل. إذا كان مقدم الطلب لا يزال موظفاً، صف حالة التوظيف، أي ساعات العمل وما إذا كان الموظف يعمل بدوام جزئي أو كامل أو لدى الاتصال، كما فعلت عند التبليغ عن أجور فترة الأساس. احرص على إدخال آخر يوم عمل واختيار نوع الفصل من العمل. إذا احتجت إلى مساحة إضافية، استخدم الوجه الخلفي من هذا النموذج.

1. أدخل آخر يوم عمل (يوم/شهر/سنة): _____

2. أدخل إشارة صح لتحديد سبب طلبك عدم المطالبة: () الاستقالة () التسريح () لا يزال موظفاً () تم تسريحه خلال 100 يوم لعدم قدرته على أداء العمل المتاح - يوم العمل الأول (يوم، شهر، سنة) _____

3. أدخل سبب الفصل من العمل أو وضع حالة توظيف مقدم الطلب: _____

التاريخ

رقم الهاتف

المسمى الوظيفي

التوقيع

معلومات وتعليمات طلب عدم المطالبة

1. لا تقم بإعادة هذا النموذج إذا قمت بتسريح مقدم الطلب نتيجة لعدم وجود عمل يؤديه (سواء أكان دائماً أو مؤقتاً). احتفظ بهذا النموذج للرجوع إليه مستقبلاً. يمكن أن تطبق التكاليف على حساب تقدير الرواتب الخاص بك نتيجة لتسريح ذلك الموظف.

2. أعد هذا النموذج إذا انطبقت أحد الحالات القانونية (القسم 11.3-96) الآتية:

(أ) استقالة مقدم الطلب من العمل دون سبب وجيه يُعزى إلى صاحب العمل؛

(ب) تسريح مقدم الطلب لسوء السلوك المهني في مكان العمل؛

(ج) تسريح مقدم الطلب خلال أول 100 يوم عمل لعدم قدرته على أداء العمل الذي تم توظيفه لأجله.

(د) لا يزال مقدم الطلب موظفاً تحت الظروف الأساسية ذاتها (ساعات العمل ونسبة الراتب) كما ذكر في قسيمة أجور فترة الأساس المذكورة أعلاه لدى التبليغ عنها.

3. إذا حددت بأن هذا النموذج قد تمت مراجعته وأنت طلبت عدم المطالبة على النموذج الأصلي NCUI 551، فلا حاجة إلى إكمال وإرجاع النموذج المراجع.

4. في حال عدم عمل مقدم الطلب لديك أو في حال عدم صحة أجور فترة الأساس، اذكر ملاحظة تفيد بذلك على النموذج وأرسله إلينا.

5. إذا عمل مقدم الطلب لدى صاحب سابق للعمل في مؤسستك وحصلت على حساب تقدير الرواتب، فأنت تتحمل مسؤولية تكاليف المزايا.

6. إذا كنت ترغب في توظيف مقدم الطلب، وجّه عرضك إلى مقدم الطلب مباشرة. في حال رفض مقدم الطلب عرضك للعمل لديك، سيتوجب عليك إبلاغ مركز خدمة أصحاب الأعمال على الرقم 919.707.1150 أو 1.866.278.3822. المعلومات التالية ضرورية: اسمك ومسمالك الوظيفي ورقم هاتفك وتاريخ عرض العمل وتاريخ رفض العرض ونوع العمل المعروض ونسبة الراتب المعروضة وساعات العمل وعدد أيام العمل وموقعه والسبب الذي قدمه مقدم الطلب إلى صاحب العمل لرفض عرض العمل.

يرجى تحميل النموذج المكتمل عبر بوابة خدمة صاحب العمل des.nc.gov

أو أرسل النموذج المكتمل عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس: صندوق بريد 25903،

Raleigh, NC 27611-5903

رقم الفاكس XXXX.XXX.919