



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية
قسم الأمن الوظيفي - تأمين ضد البطالة
وحدة ضبط الجودة
التاريخ:



إثبات صادر عن وكالة توظيف خاصة

الاسم العنوان العنوان 2 المدينة، الدولة، الرمز البريدي

وكالة التوظيف: _____
العنوان: _____
اسم مقدم الطلب: _____
رقم الضمان الاجتماعي: _____
رقم الدفعة: _____

1. هل هذا الفرد مسجل في وكنالكم؟ () نعم () لا
إن كان مسجلاً، يرجى تحديد تاريخ تسجيله .

2. يرجى التفصيل بشرح الإجراءات الاعتيادية المتبعة لتسليم العمل في وكنالكم.

3. هل اتبع الفرد المذكور هذه الإجراءات؟ () نعم () لا
إذا كان الجواب بالنفي، فيرجى ذكر التفاصيل:

4. هل حصل هذا الفرد المذكور على إحالة للبطالة خلال الأسبوع الواقع في تاريخ 03-04-26؟
() نعم () لا إن كانت الإجابة إيجابياً، يرجى ذكر نتيجة هذه الإحالة.

5. هل رفض هذا الفرد عرضاً أو إحالة و/أو العمل منذ بداية تسجيله في وكنالكم؟
() نعم () لا إن كانت الإجابة إيجابياً، يرجى ذكر التفاصيل. (يرجى ذكر الفيود المفروضة من قبل الفرد لقبول التوظيف،
كالمطالبات المالية غير المعقولة أو رفض العمل في أيام أو ساعات أو مناوبات محددة، إلخ.)

تعقيبات إضافية: _____

المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي.

توقيع ممثل وكالة التوظيف والتاريخ

I F T M

الطريقة المتبعة للإثبات:

رقم الهاتف: 1430-707-919، فاكس: 1205-857-919

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد البطالة!
أبلغ عن حالات احتيال التأمين ضد البطالة المشتبه بها عبر الإنترنت على

des.nc.gov

QC-35

صندوق بريد 27611-5903 25903 Raleigh, North Carolina