

فاكس إلى: منسق حلول القوى العاملة أو مساعدة التوافق التجاري 919 662 4727 من : \_\_\_\_\_

ملاحظات: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| طلب الحصول على بدل البحث عن عمل<br>قانون التجارة لعام 1974 المعدل | وزارة تجارة North Carolina<br>قسم حلول القوى العاملة |
|---|--|

|  |                      |                  |               |
|--|----------------------|------------------|---------------|
| اسم العامل (الأخير، الأول، الأوسط)                       | رقم الضمان الاجتماعي | رقم مركز التكلفة | تاريخ الطلب   |
| العنوان (الرقم، الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي) | رقم الطلب            | ولاية الدفع      | تاريخ الإقرار |

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>أ. طلب عامل للحصول على بدل البحث عن وظيفة</b>  |                           |
| 1. هل انفصلت تمامًا عن عملك الذي تأثر سلبيًا خلال العام الماضي؟                                     |                           |
| 2. هل هذا هو أول طلب لك للحصول على بدل البحث عن وظيفة بموجب قانون التجارة لعام 1974 بصيغته المعدلة؟ |                           |
| 3. اسم وعنوان الشركة حيث ستجرى المقابلة الشخصية:  | تاريخ المقابلة:           |
| الوظيفة التي ستجرى المقابلة من أجلها:   | تاريخ المغادرة:           |
| تاريخ العودة المتوقع:   | تاريخ العودة المتوقع:     |
| عدد الأيام: (ذهاب وعودة)  | أو قم برفاق خطاب الاعتماد |
| رقم الهاتف:   | جهة الاتصال:              |

|   |               |
|---|---------------|
| <b>ب. إقرار العامل</b>  |               |
| أقدم هذه المعلومات لدعم مطالبتني ببديل الانتقال بموجب قانون التجارة لعام 1974، وأقر أن المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي، كما أدرك أنني أتحمّل العقوبات المقررة حال تعدي التحريف للحصول على بدلات لا يحق لي الحصول عليها. |               |
| توقيع العامل  | تاريخ التوقيع |

|   |  |
|---|--|
| <b>ج. اعتماد موظف مركز توظيف NCWORKS</b>  |  |
| 1- تم تسجيله في برنامج الأمن الوظيفي ويستفيد من خدمات إعادة التوظيف .....   | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| 2- ليس للفرد توقع منطقي بالقدرة على تدبير وظيفة مناسبة في منطقة الانتقالات ولديه توقع منطقي بالحصول على وظيفة مناسبة ومن المتوقع أن تكون طويلة الأجل خارج منطقة الانتقالات..... | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| 3- قدم العامل طلب الاستفادة من بدل الانتقال في موعد لا يتجاوز:<br>اليوم رقم 365 بعد تاريخ الإقرار أو الفصل عن العمل.....  | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| اليوم رقم 182 بعد انتهاء التدريب  | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| 4- وافق مقدم الطلب على الإحالة إلى صاحب العمل التي أوصى به قسم حلول القوى العاملة .....   | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
| توقيع المدير المسؤول عن برنامج مساعدة التوافق التجاري   | تاريخ التوقيع  |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>د. تقدير وكالة الولاية</b>  |                          |
| بناءً على المعلومات التي قدمتها أعلاه، تقرر ما يلي:                                    |                          |
| أنت مؤهل للاستفادة من بدل البحث عن وظيفة بموجب قانون التجارة لعام 1974 بصيغته المعدلة. | <input type="checkbox"/> |
| أنت غير مؤهل للاستفادة من بدل البحث عن وظيفة لأنك لم تقدم ما يثبت وجود مقابلة التوظيف. | <input type="checkbox"/> |
| تم رفض بدل البحث عن وظيفة للأسباب التالية:   | <input type="checkbox"/> |
| _____  |                          |
| _____  |                          |

|   |  |
|---|--|
| توقيع منسق برنامج مساعدة التوافق التجاري بالولاية |  |
| تاريخ التوقيع                                     |  |

| هـ. نتائج البحث عن وظيفة  |                |               |         |
|---|----------------|---------------|---------|
| يجب على العامل استكمال هذا الجزء والتوقيع عليه وتاريخه، ثم إعادته إلى منسق برنامج مساعدة التوافق التجاري قبل صرف النفقات. |                |               |         |
| اسم الشركة  | تاريخ المقابلة | اسم المحاور   | النتائج |
| 1. [ ]  | [ ]            | [ ]           | [ ]     |
| 2. [ ]  | [ ]            | [ ]           | [ ]     |
| توقيع العامل  |                | تاريخ التوقيع |         |

| و. المطالبة بصرف بدل البحث عن وظيفة من أجل المصروفات التالية:             |                 |                |           |
|---|-----------------|----------------|-----------|
| مصرفات السفر  | التكلفة الفعلية | المبلغ المنصرف |           |
| <input type="checkbox"/> أ. شركة النقل التجاري                            | [ ] دولار       | [ ] دولار      |           |
| <input type="checkbox"/> ب. سيارة خاصة (عدد الأميال [ ])                  | [ ] دولار       | [ ] دولار      |           |
| <input type="checkbox"/> تكاليف السكن (عدد الليالي [ ] اليومي الفعلي).    | [ ] دولار       | [ ] دولار      |           |
| <input type="checkbox"/> الوجبات (عدد الأيام [ ] "تكلفة اليومية الفعلية") | [ ] دولار       | [ ] دولار      |           |
| الإجمالي  |                 | [ ] دولار      | [ ] دولار |

| ز. حقوق الطعن   |                                  |
|---|----------------------------------|
| لك الحق في الطعن، إذا كنت لا توافق على هذا التقدير، علمًا بأنه يصبح هذا التقدير نهائيًا ما لم يتم تقديم إخطار بالطعن خلال 10 أيام من تاريخ تقديم التقدير أو إرساله بالبريد إليك. ويشترط تقديم أي طعن بصورة خطية، مع تحديد أسباب الطعن، على أن يتم (1) تقديمه من خلال مكتب قسم حلول القوى العاملة الذي قدمت إليه هذا الطلب؛ أو (2) إرساله بالبريد إلى وحدة التجارة، حلول القوى العاملة 4316 مركز خدمة البريد، رالي، 27699-4316 North Carolina؛ أو (3) إرساله بالفاكس إلى حلول القوى العاملة على الرقم 662-4727 (919) |                                  |
| تم الطعن عليه   | توقيع العامل _____ التاريخ _____ |
| سبب (أسباب) الطعن:  |                                  |
| _____   |                                  |
| _____   |                                  |
| _____   |                                  |