



وزارة تجارة كارولينا الشمالية
قسم الأمن الوظيفي - تأمين ضد البطالة



6 يوليو، 2016

طلب تأكيد أجور

John Doe

رقم الضمان الاجتماعي: xxx-xx-6789

لقد تقدم الشخص المذكور أعلاه بطلب بخصوص مزايا التأمين ضد البطالة وذكر أن الأجور التي تقوم بدفعها أعلى من تلك المذكورة في سجلات الأجور لدينا. ولغايات تحديد الأهلية المالية، فإن علينا التحقق من الأجور المدفوعة والمبلغ عنها خلال كل ربع سنة تقويمية كما هو محدد أدناه. يرجى إكمال البنود من 1 إلى 3 بالإضافة إلى شهادة صاحب العمل وإرسال الوثيقتين قبل تاريخ (التاريخ).

1. أدخل معلومات الأجور المطلوبة أدناه. يرجى تضمين مجموع الأجور ربع السنوية المدفوعة والتي تخضع لقانون الأمن الوظيفي لكارولينا الشمالية.

2. الأجور

مجموع الأجور ربع السنوية	الأجور الموسمية غير الموسمية	الأجور الولاية التي تبلغ إليها الأجور	الأجور المبلغ عنها	تاريخ التبليغ بالأجور
--------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------	-----------------------

3. أدخل معلومات الاسم ورقم الضمان الاجتماعي و/أو رقم حساب صاحب العمل الذي قمت بالتبليغ عن الأجور المدونة تحت البند 1 من خلاله إذا كانت مختلفة عن معلومات الشخص المذكور اسمه أعلاه.

الاسم رقم الضمان الاجتماعي رقم حساب صاحب العمل

أدخل معلومات التوظيف المطلوبة أدناه للشخص المذكور أعلاه.

تاريخ يوم العمل الأول (يوم، شهر، سنة) تاريخ يوم العمل الأخير (يوم، شهر، سنة)

شهادة صاحب العمل: أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه حقيقية وصحيحة وفق علمي.

التوقيع المسمى الوظيفي

التاريخ رقم الهاتف

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

أرسل النموذج المكتمل عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس إلى:

صندوق بريد 25903

Raleigh, NC 27611-5903

رقم الفاكس 919.715.7642

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