



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



الاسم
العنوان
العنوان 2
المدينة، الدولة، الرمز البريدي

بيان وإثبات دفع المعاش التقاعدي

مقدم الطلب: _____ رقم الدفعة: _____

رقم الضمان الاجتماعي: _____ بداية سنة تلقي المزايا: _____

أنتقل دفعات المعاش التقاعدي بناءً على مناصبي الوظيفي السابق بموجب
 قانون الضمان الاجتماعي أو قانون التقاعد من العمل في السكك الحديدية أو من (اسم الشركة)

يوضح مجموع الدفعات المالية التي تلقيتها (بما في ذلك المبلغ المقتطع من قبل Medicare وأي دفعات إضافية من المزايا وأي مبلغ مقتطع آخر)، إضافة إلى تاريخ استلام أولى الدفعات فيما يلي:

الدفعات الشهرية
الدفعة: _____ من: _____ تاريخ الدفع تم الاستلام في: _____

الدفعات الشهرية
الدفعة: _____ من: _____ استلمت أولاً في: _____ تاريخ الدفع

المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي واعتقادي. كما أدرك أنه سيتم التأكد من هذه المعلومات من قبل الوكالة المعنية أو صاحب العمل، علماً بأن ذلك سيتم بكامل علمي وموافقتي.

توقيع مقدم الطلب: _____ التاريخ: _____

الإثبات

مقدم الطلب، حامل رقم الضمان الاجتماعي،

يقر باستلام دفعات المعاش التقاعدي بالقيم والتواريخ الموضحة أدناه:

الدفعات الشهرية
الدفعة: _____ من: _____ تاريخ الدفع استلمت أولاً في: _____

الدفعات الشهرية
الدفعة: _____ من: _____ استلمت أولاً في: _____ تاريخ الدفع

إن معلومات الإثبات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي واعتقادي.

الوكالة/صاحب العمل: _____ معلومات الاتصال: _____

محقق ضبط الجودة: _____ التاريخ: _____

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

QC-36