



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



الاسم
العنوان
العنوان 2
المدينة، الدولة، الرمز البريدي

مقدم الطلب: رقم الضمان الاجتماعي: رقم الدفعة:

معدل الأجر لكل

تاريخ بدء العمل: آخر يوم عمل:

تاريخ نهاية أسبوع فترة الأجر: تاريخ تلقي الموظفين لأجورهم:

يرجى إدخال إجمالي الأجور المستحقة وعدد الساعات التي عملها الموظف خلال كل أسابيع العمل التقويمية. يرجى إدراج تاريخ انتهاء فترة الأجر التي دُفعت الأجور خلالها.

تاريخ انتهاء أسبوع المطالبة	إجمالي الدخل للأسبوع التقويمي	إجمالي عدد ساعات العمل خلال الأسبوع التقويمي	الفترة التي يشملها الأجر تاريخ الانتهاء

الامتثال لأمر الإعلان عن الموظفين الجدد

هل قمت بإضافة هذا الفرد إلى قائمة الدفع خاصتك منذ (بداية سنة تلقي المزايا) لا نعم

هل عمل هذا الشخص لديك خلال السنة (12 شهرًا) السابقة لأحدث موعد توظيف؟ لا نعم

هل أعلمت الوكالة المعنية التابعة للولاية عن هذا الشخص بصفته موظفًا مستجدًا؟ لا نعم

ما هو تاريخ بدء عمل مقدم الطلب خلال الفترة المذكورة أعلاه؟

إن لم تقم بإعلام الوكالة عن هذا الشخص بصفته موظفًا مستجدًا، فهل قمت بتوظيف هذا الشخص خلال 60 يومًا من تاريخ بدء العمل المذكور أعلاه لا نعم

متى أعلمت الوكالة عن هذا الشخص بصفته موظفًا مستجدًا؟

أذكر الولاية التي تعلمها شركتك في حال توظيف مستجدين لديها.

المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي.

التاريخ

ممثل صاحب العمل

رقم هاتف صاحب العمل.

المسمى الوظيفي

M

محقق ضبط الجودة

QC-32A (Rev. 07/12)

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

BEN123_8.2.1