



北卡羅來納州商務部就業保障失業保險部



999999

邮件日期: 9999 年 9 月 99 日

SUSAN DOE  
888 NORTH 10TH ST.  
SILER CITY, NC 27344

申请人 ID: XXXXXXXX



999999

### 缺少檢查問卷

支票编号

背书人


社会保险号:

- 您在何处兑现事业保险支票?

机构名称:
街道地址:
州、市、邮编:

- 您是否曾与 XXXXXXXXXX 有过业务往来? 是() 否()
- 您是否曾在其机构内开立账户? 是() 否()
- 您的住所距该机构有多远? \_\_\_\_\_英里
- 请写出您认为伪造支票的个人的姓名和地址。

姓名:
街道地址:
州、市、邮编:

- 此人是否与您有亲缘关系, 您们的关系是什么? \_\_\_\_\_
- 您是否允许此人兑现支票? 是() 否()

\*\*\*注: 如果您未完成本调查表并将其与宣誓书一起返回, 我们将认为您不愿意再追究此事, 此案将结案。

签字 \_\_\_\_\_

社会保险号 \_\_\_\_\_

请登陆 [des.nc.gov](http://des.nc.gov) 下载完整表格至申请人自助门户, 或发送电子邮件/传真至:

就業保障郵政局商務部司箱  
 25903的北卡羅萊納州部  
 羅利, 北卡羅來納州  
 27611-5903  
 傳真: 919.857.1296

