



北卡罗来纳州商务部
就业保障部失业保险



这是电话调查表样本，且需在听证会前邮寄给上诉审裁员。您应该列出您的正确电话号码，以及证人姓名和电话号码。

电话听证调查表

听证会日期： (99/99/9999) 听证会时间： xxxxAM/PM EST/EDT)
上诉审裁员： (姓名) 案卷编号： (xxxxx)

请交还此表，并写上参加您即将到来的失业保险上诉听证会人员的姓名和电话号码。

您有责任确保上诉审裁员有您和证人的正确电话号码。注意：若您将使用移动电话进行听讯，则您有责任确保您身处信号接收强的地区。若您将使用固定电话，则您有责任确保您的电话正常工作，线路不被占用。因您的电话或电话号码问题而未能参加听证会可导致您的证据不被考虑或您的上诉被驳回。

重要的是，您需向上诉审裁员提供证人的正确电话号码。您也应该告诉您的证人需在指定时间作好接听电话的准备。

请列出您希望这一上诉听证会致电的所有人。如果您是填写表格的领取救济金者或雇主，且您想参加听证会，请写上您的姓名和电话号码。

领取救济金者 或雇主
听证会参与者

姓名 区号+电话号码

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

必要时，请加附页

重要的是，若您没有电话服务，请向您最近的部门办公室汇报。请在听证会十五分钟（15）前到达。告诉接待员您到那是为了上诉电话听证会。

请及时准确地回复信息请求，帮助我们防止失业保险欺诈

北卡罗来纳州商务部
就业保障部失业保险



部门地点 (City, State)

区号 + 电话号码

提交此表人员的相关必需信息

姓名 _____ 称谓 _____

签字 _____ 日期 _____

请尽快交还此表。注意此表可折叠邮寄。

邮寄至：NC Department of Commerce, Division of Employment Security, Appeals Section,
PO Box 25903, Raleigh, NC 27611-5903。您也可通过听证会通知前面的传真号码将此表
传真给上诉审裁判员。若需更多信息，您可致电 919-707-1060 联系上诉组或通过电子邮件
与我

们联系：des.public.appeals@nccommerce.com。

请沿此线对折

回信地址：

[收件人]

[收件地址]

[City, State, Zip Sent To]

NC Department of Commerce
Division of Employment Security
Attention: Appeals Referee
P.O. Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903

[案卷编号]

[邮寄日]

请沿此线对折

请及时准确地回复信息请求，帮助我们防止失业保险欺诈