



**North Carolina Department of  
Commerce Division of Employment  
Security Unemployment Insurance**



**Nom de l'employeur**

**Attn:**

**Adresse**

**Cher :**

**Notre agence a reçu une demande de prestations d'assurance-chômage qui semble avoir été déposée en raison d'un conflit de travail. Les règles de Division of Employment Security nous oblige à vous informer de la réclamation et à demander les renseignements nécessaires pour déterminer si ce chômage existe en raison d'un conflit de travail.**

**Veillez fournir les informations suivantes à notre bureau dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent :**

- 1. Une liste des noms, des numéros de sécurité sociale et des adresses complètes pour tous les employés touchés par le conflit de travail ;**
- 2. Le premier jour de chômage pour les employés concernés ;**
- 3. La raison du conflit de travail ;**
- 4. L'endroit où le différend est (ou était) en cours ;**
- 5. Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur et du représentant de l'employeur ; et**
- 6. Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du représentant de l'employé ou de l'agent négociateur (union, numéro local, etc.), le cas échéant, ainsi que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du représentant de l'agent négociateur.**

**Si vous avez des questions concernant cette lettre, veuillez me contacter à 000. 000. 0000.**

**Cordialement,**

**Nom**

**Directeur adjoint pour les prestations d'assurance-chômage**

**Veillez télécharger le formulaire complété sur votre Portail de service autonome du réclamant à [www.ncesc.com](http://www.ncesc.com)**

**Ou**

**Envoyez le formulaire rempli  
par courrier ou par fax à :**

Post Office Box 25903  
Raleigh, NC 27611-5903  
Numéro Fax : 919.715.7642

**Aidez-nous à prévenir la Fraude  
d'Interface Utilisateur !**  
en répondant avec précision et  
délais aux demandes d'informations