



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



999999

**New Hire Recall Confirmation**

John Doe  
888 North 10th Street  
Siler City, NC 27344-2421

Date d'envoi: 24 Février2017  
ID du demandeur:1234567  
Date d'entrée en vigueur: 1  
janvier2001

Le National Directory of New Hired (*Répertoire national des nouveaux employés*) a informé cette agence que vous avez commencé à travailler avec le nom le 1er janvier 2001.

Félicitations pour vos efforts réussis pour trouver un emploi. Cependant, nos dossiers indiquent également que vous avez continué à déposer vos certifications hebdomadaires au-delà du 1er janvier 2001. Cet employeur est actuellement contacté et demandé de fournir à cette agence des renseignements concernant vos gains hebdomadaires bruts. **Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devez interrompre immédiatement le dépôt de vos certifications hebdomadaires sans rapporter vos gains hebdomadaires bruts.** De plus, votre accord ou désaccord par rapport à cette information est nécessaire. Votre réponse aux questions ci-dessous est nécessaire.

1. Avez-vous déclaré travailler mentionnant le nom?

Oui (Si OUI, à quelle date avez-vous déclaré travailler? \_\_\_\_\_)

Ensuite, continuez à répondre aux questions 2 et 3).

Non (si NON, ne répondez pas aux questions 2 et 3, passez à la section Autres commentaires ci-dessous et expliquez pourquoi les informations de l'employeur sont incorrectes.

2. Avez-vous échoué à rapporter votre salaire brut pour le travail accompli sur votre certification hebdomadaire sur Internet ou par téléphone? Si OUI, pourquoi? (Si un espace supplémentaire est nécessaire, utilisez une feuille de papier distincte.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Êtes-vous encore employé avec votre nom?

Oui

Non Si non, à quelle date avez-vous travaillé pour la dernière fois?Date: \_\_\_\_\_

**Vous devez répondre dans les 7 jours suivant la date de diffusion de la présente lettre. Ne pas répondre comme indiquer peut entraîner une disqualification pour les prestations ou un paiement indu, que vous devez rembourser.**

Tout autre commentaire que vous souhaitez faire:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ No.de téléphone: \_\_\_\_\_

Si vous avez des questions sur ce formulaire, veuillez contacter New Hire Unit au919.707.1338.

**Veillez télécharger le formulaire rempli sur votre Portail de l'employeur à [des.nc.gov](http://des.nc.gov) ou par courrier / fax à:**

Post Office Box25903  
Raleigh, NC27611-5903  
Numéro de fax 919.857.1296

Help us prevent UI Fraud by responding timely and accurately to requests for information