



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



Date : XX/XX/XXXX

Identifiant du Demandeur :

Nom  
Adresse  
Adresse 2  
Ville, État, Code postal

**VEUILLEZ LIRE**

**Avis de résiliation des prestations prolongées  
(EB)**

Le XXXXXXXXXX XX, XXXX le Département américain du Travail a informé la Division de la sécurité de l'emploi que la Caroline du Nord ne remplit plus les conditions de participation au Programme de prestations prolongées. La dernière semaine payante de prestations prolongées est la fin de la semaine du XXXXXXXXXX XX, XXXX.

Si vous n'épuisez pas votre EB à la fin de la semaine du XXXXXXXXXX XX, XXXX, vous ne recevrez pas le droit EB restant.

Si vous avez des questions concernant cette question, visitez notre site Web à [www.des.nc.gov](http://www.des.nc.gov) ou appelez-nous au 1-888-737-0259.

**Aidez-nous à prévenir la Fraude  
d'Interface Utilisateur !**

Signalez toutes activités suspectes

d'Interface Utilisateur sur le site

[des.nc.gov](http://des.nc.gov)

**Post Office Box 25903 Raleigh, North Carolina 27611-5903**