

Remarque : \_\_\_\_\_

<b>Division des solutions de recrutement Département du commerce de North Carolina</b>	<b>Demande d'allocations de recherche d'emploi Acte commercial de 1974, tel que modifié</b>
--	---

Nom de l'employé (nom, prénom, deuxième prénom)	Numéro de sécurité sociale	Centre de court #	Date de demande
Adresse (no. Rue, ville, état, code postal)	Numéro de pétition	État payeur	Date de certification

**A. demande du travailleur pour allocations de recherche d'emploi**

1. Étiez-vous entièrement en arrêt de travail au cours de l'année dernière ? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>		
2. Est-ce votre première demande d'allocations de recherche d'emploi en vertu de l'acte commercial de 1974, tel que modifié ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
3. Nom et adresse de l'entreprise où l'entretien était programmé	Date de l'entretien :	Poste concerné :
	Date de départ :	
	Date de rendu attendu :	
	Nombre de kilomètres : (aller-retour)	
9. personne à contacter :	Numéro de téléphone :	<b><u>OU joignez une lettre de vérification</u></b>

**B. Certification du Travailleur**

Je communique ces informations pour supporter ma demande d'indemnités de déménagement en vertu de l'acte commercial de 1974. Les informations contenues dans cette demande sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Je comprends que des sanctions sont prévues pour une fausse déclaration volontaire faite dans le but d'obtenir des indemnités auxquelles je n'ai pas droit.

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR	DATE DE SIGNATURE
--------------------------	-------------------

**C. Certification du personnel du centre d'orientation professionnelle NCWORKS**

1. Inscrit à SE et a bénéficié des services de réemploi .....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. La personne ne s'attend pas raisonnablement à trouver un emploi convenable dans la zone de déplacement <u>et</u> s'attend raisonnablement à obtenir un emploi convenable à long terme en dehors de la zone de déplacement.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. La demande du travailleur pour les indemnités de déménagement a été faite au plus tard :	
a. 365 <sup>e</sup> jour après la date de certification ou cessation d'emploi.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
b. 182 <sup>e</sup> jour après la fin de formation .....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Le requérant a accepté le renvoi à l'employeur par DSR.....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SIGNATURE DU RESPONSABLE DU DOSSIER AAC	DATE DE SIGNATURE

### D. Décision de l'agence d'État

Fondé sur les informations que vous avez communiquées ci-dessus, il a été décidé que :

- a.  vous êtes qualifié pour bénéficier des allocations de recherche d'emploi en vertu de l'acte commercial de 1974, tel que modifié.
- b.  vous n'êtes pas qualifié pour bénéficier des allocations de recherche d'emploi, car la vérification de l'entretien de recrutement n'a pas pu être effectuée.
- c.  l'allocation de recherche d'emploi a été refusée pour la raison suivante(s) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU COORDINATEUR AAC DE L'ÉTAT

DATE DE SIGNATURE

### E. Résultats de la recherche d'emploi

Cette section doit être remplie, signée et datée par l'employé, et renvoyée au coordinateur AAC **avant** que le remboursement des dépenses puisse être effectué.

Nom de l'entreprise	Date de l'entretien	Nom de la personne chargée de l'entretien	Résultats
1.			
2.			
SIGNATURE DU TRAVAILLEUR			DATE DE SIGNATURE

### F. Remboursement de l'allocation de recherche d'emploi des frais suivants :

FRAIS DE DÉPLACEMENT	Cout	Montant remboursé
<input type="checkbox"/> a. transporteur commercial	\$	\$
<input type="checkbox"/> b. véhicule privé (no. de kilomètres )	\$	\$
<input type="checkbox"/> Frais de logement (no. nuits @ tarif par jour)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Repas (no. jours @ tarif par jour)	\$	\$
<b>TOTAL</b>	\$	\$

### G. Droits d'appel

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, vous avez le droit de faire appel. Cette décision devient finale à moins qu'un avis de recours soit déposé dans 10 jours de la date où la décision vous a été présentée ou envoyée. L'appel doit être déposé par écrit, exposer les motifs de l'appel, et être (1) déposé auprès du bureau de DSR où cette demande a été déposée ; (2) envoyé à l'unité chargée du commerce ; solutions de recrutement, Ctr. de service de courrier 4316, Raleigh, NC 27699-4316 ; ou, (3) envoyé par fax au Solutions de recrutement au (919) 662-4727.

fait appel \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

DATE

Raison(s) de l'appel :

\_\_\_\_\_