



**Ministère du Commerce de l'état de Caroline du Nord**  
**Division de la sécurité de l'emploi**  
**Assurance chômage**



**Demande de séparation et de renseignements sur le salaire**  
**Loi de 1974 sur le commerce, modifiée en 2002**

Employeur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom du travailleur (Nom, Prénom, Deuxième prénom)

\_\_\_\_\_  
 Numéro de sécurité sociale

\_\_\_\_\_  
 Numéro de pétition

**Informations pour l'employeur :** Le travailleur identifié ci-dessus a déposé une demande de détermination des droits aux indemnités de réintégration en vertu de la loi de 1974 sur le commerce, modifiée en 2002. Si le travailleur a travaillé partiellement (séparation partielle) avant de cesser de travailler complètement (séparation totale), veuillez compléter les sections Séparation partielle et totale ci-dessous (la période de référence pour les séparations partielle et totale diffère). Veuillez renvoyer le formulaire complété à l'adresse indiquée ci-dessous dans 15 jours.

**Séparation partielle :** La période de qualification pour la **séparation partielle** commence le \_\_\_\_\_ et se termine le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Veuillez entrer le dernier jour travaillé avant la séparation partielle.

(Mois) (Jour) (Année)

Raison de la séparation :  **Manque de travail**  **Autre** Si "Autre," veuillez expliquer :

\_\_\_\_\_  
 Veuillez entrer le nombre de semaines travaillées au cours de la période de référence pendant lesquelles les gains étaient de 30 \$ ou plus. **(Si le nombre de semaines est inférieur à 26, complétez les points ci-dessous.)**  
 \_\_\_\_\_  
 Veuillez entrer le nombre de semaines de congé autorisé (congé pour des vacances, de la maladie, des blessures, la maternité, le service militaire actif ou inactif, temps consacré à la fonction de représentant de l'organisation syndicale à temps plein.  
 \_\_\_\_\_  
 Veuillez entrer le nombre de semaines d'invalidité (congés indemnissables en vertu de la Loi sur les accidents du travail).

**Séparation totale :** La période de qualification pour la **séparation totale** commence le \_\_\_\_\_ et se termine le \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Veuillez entrer LE PREMIER jour travaillé et

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Veuillez entrer LE DERNIER jour travaillé avant la séparation totale.

(Mois) (Jour) (Année)

Raison de la séparation :  **Manque de travail**  **Autre** Si "Autre," veuillez expliquer :

\_\_\_\_\_  
 Veuillez entrer le nombre de semaines travaillées au cours de la période de référence pendant lesquelles les gains étaient de 30 \$ ou plus. **(Si le nombre de semaines est inférieur à 26, complétez les points ci-dessous.)**  
 \_\_\_\_\_  
 Veuillez entrer le nombre de semaines de congé autorisé (congé pour des vacances, de la maladie, des blessures, la maternité, le service militaire actif ou inactif, temps consacré à la fonction de représentant de l'organisation syndicale à temps plein.  
 \_\_\_\_\_  
 Veuillez entrer le nombre de semaines d'invalidité (congés indemnissables en vertu de la Loi sur les accidents du travail).

Employeur \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Rempli le (date) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**Envoyer le formulaire rempli par courrier ou par fax à :** Post Office Box  
Raleigh, NC 27611-5903  
Numéro du Fax 919.715.7642

**Aidez-nous à prévenir la fraude touchant l'assurance-chômage**  
en répondant avec précision et en temps opportun  
aux demandes d'information

NC CLM 8-55A