



**Caroline du Nord Département du Commerce
Division de la Sécurité de l'emploi
Assurance Chômage**



Ceci est un exemple d'un questionnaire téléphonique qui nécessite d'être complété et envoyé par courrier à l'arbitre des appels avant l'audition. Vous devez mentionner votre numéro de téléphone correctement et les noms et numéros de téléphone de tous les témoins.

QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE POUR AUDITION

DATE D'AUDITION : (01/01/2017) HEURE D'AUDITION : (10:30 EST/EDT)
ARBITRE D'APPEL : (NOM) NUMERO DE DOSSIER : (ACB1234)

MERCI DE RENVoyer CE FORMULAIRE AVEC LES NOMS ET NUMEROS DE TELEPHONE DES PARTICIPANTS POUR VOTRE PROCHAINE AUDITION D'APPEL D'ASSURANCE CHOMAGE.

Vous devez vous assurer que l'arbitre des appels a reçu les numéros de téléphones corrects de vous et de vos témoins. Note : Si vous prévoyez d'utiliser un téléphone portable lors de votre audition, il est de votre responsabilité de vous assurer que vous vous trouvez dans une zone avec une bonne réception réseau. Si vous utilisez une ligne fixe, vous devez vous assurer que votre téléphone et la ligne fonctionnent correctement. Si vous ne parvenez pas à participer à l'audition du fait de problème avec votre téléphone ou avec votre numéro de téléphone, cela peut conduire au rejet de vos preuves ou au congédiement de votre appel.

Il est important que vous fournissiez à l'arbitre des appels les numéros de téléphones exacts de vos témoins. Vous devez également demander à vos témoins de se tenir prêts pour la communication téléphonique, à l'heure convenue.

Merci de bien vouloir mentionner toutes les personnes que vous souhaitez pouvoir contacter dans le cadre de votre audition. Si vous êtes le demandeur ou l'employeur complétez ce formulaire et si vous souhaitez participer à l'audition, merci de bien vouloir mentionner votre nom et numéro de téléphone.

PARTICIPANTS A L'AUDITION POUR
LE DEMANDEUR ou L'EMPLOYEUR

NOMS	CODE ZONE + NUMEROS TELEPHONE
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MERCII D'UTILISER DES FORMULAIRES SUPPLEMENTAIRES SI NECESSAIRE

les

NCL



**Caroline du Nord Département du Commerce
Division de la Sécurité de l'emploi
Assurance Chômage**



IMPORTANT Si vous n'avez pas de service téléphonique merci de contacter le Bureau de la Division le plus proche. Merci de bien vouloir arriver (15) quinze minutes avant l'audition. Faites savoir au réceptionniste que vous êtes ici pour un APPEL TELEPHONIQUE POUR AUDITION D'APPEL.

Localisation du Bureau de Division (Ville, Etat)

Code Zone + Numéro de Téléphone

**INFORMATION REQUISE CONCERNANT LA PERSONNE SOUMETTANT CE
FORMULAIRE**

Nom _____ Titre _____

Signature _____ Date _____

MERCI DE BIEN VOULOIR RENVOYER CE QUESTIONNAIRE DES QUE POSSIBLE.
Notez que ce formulaire peut être plié et envoyé par courrier.

Envoyé à : C Département du Commerce, Division de la Sécurité de l'Emploi, Section des Appels, PO Box 25903, Raleigh, NC 27611-5903. Vous pouvez également envoyer ce formulaire par fax à l'arbitre des appels au numéro de fax mentionné sur la notification d'audition. Pour plus d'information, vous pouvez appeler la Section des Appels au 919-707-1060 ou nous contacter par email :

des.public.appeals@nccommerce.com

PLIER ICI

Adresse d'Envoi:

[NOM ENVOYE A]

[Adresse Envoyé à]

[Ville, Etat, Code postal, Envoyé A]

Merci de nous aider à lutter contre la fraude en répondant à temps et de manière précise aux demandes d'information



**Caroline du Nord Département du Commerce
Division de la Sécurité de l'emploi
Assurance Chômage**



NC Département du Commerce
Division de la Sécurité de l'Emploi
Attention : Arbitre d'Appel [Arbitre]
P.O. Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903

[Numéro de Dossier]

[Date D'Envoi]

PLIER ICI

Merci de nous aider à lutter contre la fraude en répondant à temps et de manière précise aux demandes d'information