



North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance



दावेदार: _____

सोशल सिक्योरिटी नम्बर: _____ - _____ - _____

केवल डीईएस के उपयोग के लिए

रिव्युअर: _____

प्राप्ति की तारीख: _____

दर्ज की गई तारीख: _____

निर्देश: यह फॉर्म फॉर्म डिवीजन ऑफ़ एम्प्लॉयमेंट सिक्योरिटी द्वारा उस सप्ताह की समापन तारीख के सप्ताह के (14) दिनों के भीतर प्राप्त किया जाना चाहिए जिसके लिए आप लाभ का दावा कर रहे हैं। इस पर शनिवार, _____ की मध्यरात्रि के बाद की डाक की मोहर लगी होनी चाहिए। समापन तारीख के समापन (14) दिनों के भीतर अपने दावे की वापसी में विफल होने पर आपको अपना दावा पुनः खोलने की जरूरत होगी और एक गैर-देय प्रतीक्षा अवधि सप्ताह के लिए कार्य करना होगा।

निम्नलिखित प्रश्न केवल 11:59 मध्यरात्रि, शनिवार, _____ को समाप्त होने वाले 7-दिवसीय कैलेंडर सप्ताह पर लागू होते हैं।	_____ को समाप्त सप्ताह
1. क्या आपने नौकरी समाप्त की थी; सप्ताह के दौरान कॉल या अस्थायी नौकरी पूरी की?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. सप्ताह के दौरान, क्या आपने काम किया?	
3. यदि आपने काम किया, तो कटौती से पहले आय दर्ज करें।	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
4. यदि आपने काम किया, तो काम के कुल घंटे दर्ज करें।	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. क्या आपने काम की तलाश की?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. क्या आप काम करने में सक्षम थे?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. क्या आप काम के लिए उपलब्ध थे?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. क्या आपने किसी भी नौकरी की पेशकश या रेफरल मना कर दिया?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. क्या आपने स्कूल या प्रशिक्षण में भाग लिया?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. क्या आप नौकरी स्वीकार करने के लिए स्कूल या प्रशिक्षण छोड़ना या अपना कार्यक्रम बदलना चाहेंगे?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. क्या आपको पेंशन या सेवानिवृत्ति मिली है?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. क्या आपकी सेवानिवृत्ति या पेंशन राशि में बदलाव आया?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13. क्या आपको पृथक्करण, विभाजन या छुट्टी का भुगतान मिलता है? यदि हां, तो दाईं ओर स्थित बॉक्स में सकल राशि दर्ज करें।	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
14. क्या आपको अवकाश या बोनस वेतन मिला है? यदि हां, तो दाईं ओर स्थित बॉक्स में सकल राशि दर्ज करें।	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
15. क्या आपने निम्न में से कोई भी प्राप्त करने के लिए आवेदन किया या प्राप्त करना शुरू किया? विकलांगता वेतन, श्रमिक मुआवजा, या किसी अन्य सरकारी एजेंसी से बेरोजगारी बीमा?	हाँ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

दावेदार के प्रमाणन: _____, प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त उत्तर सही हैं और मेरे ज्ञान के सर्वोत्तम के (नाम लिखें)

अनुसार सटीक हैं। मुझे पता है कि झूठे बयान देने और / या सूचना को छिपाने के लिए अदालत में मुकदमा मेरे ऊपर मुकदमा चलाया जा सकता है।

दावेदार के हस्ताक्षर _____ तारीख: _____

कृपया अपने दावेदार के स्वयं सेवा पोर्टल atdes.nc.gov पर पूरा किए गए इस फॉर्म को अपलोड करें या

पूरा किया हुआ फॉर्म यहाँ मेल या फैक्स करें:

Post Office Box 25903
Raleigh,
NC 27611-5903
फैक्स नम्बर 919.715.7642

जानकारी के अनुरोध पर समय पर
और सही ढंग से उत्तर देकर
यूआई फ्रॉड रोकने में हमारी सहायता करें