



उत्तरी क्यारोलिना वाणिज्य विभाग  
रोजगार सुरक्षा विभाग  
बेरोजगारी बिमा



पृथक्करण और पारिश्रमिक की जानकारी के लिए अनुरोध  
१९७४ का व्यापार का कानून, संशोधित २००२

नियोक्ता

श्रमिक का नाम (अंतिम, पहला, बीच का) [Worker's Name (Last, First, MI)]

/ /

सामाजिक सुरक्षा संख्या (Social Security Number)

याचिका संख्या (Petition Number)

**नियोक्ता को नोटिस:** ऊपर पहचाने गए श्रमिक ने १९७४ के व्यापार कानून, संशोधित २००२ के तहत व्यापार समायोजन भत्ते के लिए कानूनी अधिकार के निर्धारण के लिए, अन्तर्गत निवेदन दायर किया है। यदि श्रमिक पूरी तरह से अलग होने से पहले आंशिक रूप से अलग हो गया था, तो कृपया नीचे आंशिक और कुल पृथक्करण अनुभाग दोनों को पूरा करें (आंशिक और कुल अलगाव के लिए योग्यता अवधि अलग है)। १५ दिनों के भीतर नीचे दिखाए गए पते पर पूरा फॉर्म भर कर वापस कर दें।

**आंशिक पृथक्करण:** आंशिक अलगाव के लिए योग्यता अवधि \_\_\_\_\_ में शुरू होती है और \_\_\_\_\_ में समाप्त होती है।  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ आंशिक अलगाव से पहले काम किया अंतिम दिन दर्ज करें।  
(महीना) (दिन) (वर्ष)

अलग होने का कारण:  काम की कमी  अन्य, अगर "अन्य," कारण हो तो सपस्ट करे:

\_\_\_\_\_  
योग्यता अवधि के दौरान काम किए गए सप्ताहों की संख्या दर्ज करें जिसमें कमाई \$३० या उससे अधिक थी। (यदि सप्ताहों की संख्या २६ से कम है, तो नीचे दिये गये विषयो को पूरा करें।)  
\_\_\_\_\_  
अधिकृत छुट्टी के हफ्तों की संख्या दर्ज करें (छुट्टिया, बीमारी, चोट, प्रसूती, निष्क्रिय या सक्रिय कर्तव्य सैन्य सेवा, पूर्णकालिक श्रम संगठन प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के लिए लिया गया समय।)  
\_\_\_\_\_  
शारीरिक अशक्तता के हफ्तों की संख्या दर्ज करें (श्रमिक मुआवजे कानून के तहत क्षतिपूर्ति के योग्य छुट्टी)।

<p><b>कुल पृथक्करण:</b> कुल अलगाव के लिए योग्यता अवधि _____ में शुरू होती है और _____ में समाप्त होती है।</p> <p>_____ / _____ / _____ पहला कामका दिन दर्ज करें और</p> <p>_____ / _____ / _____ कुल अलगाव से पहले काम किया गया अंतिम दिन दर्ज करें।</p> <p>(महीना) (दिन) (वर्ष)</p> <p>अलग होने का कारण: <input type="checkbox"/> काम की कमी <input type="checkbox"/> अन्य, अगर "अन्य," कारण हो तो सपस्ट करे:</p>
<p>_____ योग्यता अवधि के दौरान काम किए गए सप्ताहों की संख्या दर्ज करें जिसमें कमाई \$30 या उससे अधिक थी। (यदि सप्ताहों की संख्या 26 से कम है, तो नीचे दिये गये विषयों को पूरा करें।)</p> <p>_____ अधिकृत छुट्टी के हफ्तों की संख्या दर्ज करें (छुट्टिया, बीमारी, चोट, प्रसुती, निष्क्रिय या सक्रिय कर्तव्य सैन्य सेवा, पूर्णकालिक श्रम संगठन प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के लिए लिया गया समय।)</p> <p>_____ शारीरिक अशक्तता के हफ्तों की संख्या दर्ज करें (श्रमिक मुआवजे कानून के तहत क्षतिपूर्ति के योग्य छुट्टी)।</p>

नियोक्ता \_\_\_\_\_ पद \_\_\_\_\_  
संपन्न तिथि \_\_\_\_\_ टेलीफोन नंबर \_\_\_\_\_

**कृपया DES.NC.GOV पर अपने नियोक्ता पोर्टल पर पूरा फॉर्म अपलोड करें या पुरा किया गया फॉर्म को इस पते पर मेल या फ़ैक्स करे:**

डाकखाना बाक्स  
रालेघ, एनसी 27611-5903  
फैक्स संख्या 919.715.7642  
(Post Office Box  
Raleigh, NC 27611-5903  
Fax Number 919.715.7642)

**ठीक ठीक और समय पर सूचना के लिए अनुरोधों का जवाब देकर यूआई (UI) धोखाधड़ी को रोकने में हमारी मदद करें।**