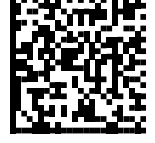




North Carolina Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Unemployment Insurance



Quality Control Unit

नाम  
पता  
पता 2  
शहर राज्य का पिन नंबर

सेवानिवृत्ति / पेंशन भुगतान विवरण और सत्यापन

दावेदार: \_\_\_\_\_ बैच नंबर: \_\_\_\_\_

सामाजिक सुरक्षा नंबर: \_\_\_\_\_ BYB: \_\_\_\_\_

मुझे अपने पिछले काम के आधार पर एक सेवानिवृत्ति / पेंशन भुगतान प्राप्त हो रहा है,  
 सामाजिक सुरक्षा अधिनियम, या  रेल सेवानिवृत्ति अधिनियम, या फॉर्म  (कंपनी का नाम)

मेरा सकल मासिक भुगतान (चिकित्सा के लिए कटौती की गई राशि, लाभ का पूर्व भुगतान और कटौती की गई कोई अन्य राशि सहित) और तिथि भुगतान पहले प्राप्त निम्नानुसार प्राप्त किए गए थे:

सकल मासिक भुगतान: \_\_\_\_\_ से: \_\_\_\_\_ भुगतान तिथि पहली बार प्राप्ति: \_\_\_\_\_

सकल मासिक भुगतान: \_\_\_\_\_ से: \_\_\_\_\_ भुगतान तिथि पहली बार प्राप्ति: \_\_\_\_\_

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि ऊपर दी गई सेवानिवृत्ति/पेंशन भुगतान की जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सर्वोत्तम और उचित है। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि यह जानकारी उपयुक्त एजेंसी या नियोक्ता से सत्यापित की जाएगी और यह मेरे ज्ञान और सहमति के साथ किया गया है।

दावेदार के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

सत्यापन

दावेदार, \_\_\_\_\_ सामाजिक सुरक्षा नंबर, \_\_\_\_\_

राशि में और नीचे दी गई तिथियों में सेवानिवृत्ति/पेंशन भुगतान प्राप्त किये:

सकल मासिक भुगतान तिथि  
भुगतान: \_\_\_\_\_ से: \_\_\_\_\_ पहली बार प्राप्ति: \_\_\_\_\_

सकल मासिक भुगतान तिथि  
भुगतान: \_\_\_\_\_ से: \_\_\_\_\_ पहली बार प्राप्ति: \_\_\_\_\_

ऊपर दी गई सत्यापन की जानकारी मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सर्वोत्तम और उचित है।

एजेंसी/नियोक्ता प्रतिनिधि: \_\_\_\_\_ संपर्क जानकारी: \_\_\_\_\_

QC अन्वेषक: \_\_\_\_\_ दिनांक: \_\_\_\_\_

भरे गये फॉर्म को इस पते पर भेजें Post Office Box 25903  
या फैक्स करें: Raleigh, NC 27611-5903  
Fax Number 919.715.7642

**Help us prevent UI Fraud**  
by responding accurately and timely  
to requests for information