



노스 캐롤라이나 상무부
고용 안정 부문 실업 보험



년, 월, 일

회사

주소 1

주소 2

City, ST 12345-0000

계정 번호: #####

적정성 처벌의 결정

본 결정은 귀하에 아래의 당사자에 전해진 잘못된 지불에 대한 비용을 면제받지 못하시는 것에 대하여 통보하기 위함입니다.

GS 96-11.4 하 회사의 계정은 해당과가 다음 사항이 모두 적용되는 것을 결정하는 경우 잘못 지불된 혜택금과 관련하여 비용의 면제를 받으실 수 없습니다:

1. 회사나 회사의 대리인이 비고용 보상에 대한 청구와 관련한 정보에 대한 해당과의 서면상의 요청에 대한 적시의 혹은 적절한 응답을 하지 않은 잘못으로 인해 잘못된 지불이 이루어졌습니다. 잘못된 지불은 상기 청구에 관련한 정보의 해당과로부터의 요청에 대한 회사나 회사의 대리인의 무응답이 행해지지 않았으면 일어나지 않았을 수 있습니다.
2. 회사나 대리인은 비고용 보상에 대한 청구와 관련한 해당과로부터의 정보에 관한 요청서에 적시의 혹은 적절한 응답을 하지 않는 방식을 이루었습니다. 회사나 대리인이 적시의 혹은 적절한 응답을 하지 않는 방식을 갖추는지에 대한 결정에 있어 해당과는 상기 회사나 대리인의 이들에 이루어진 총 요청서와 관련한 무응답의 문서화된 예의 수를 고려하여야 합니다. 요청 이전의 연도 중 응답하지 않은 수가 2회 미만이거나 2 퍼센트 미만인 경우(둘 중 큰 수로서의 해당 회사나 대리인에 이루어진 총 요청서) 회사나 대리인은 적시의 혹은 적절한 응답을 하지 않는 방식을 갖추지 않는 것으로 결정되지 않을 수 있습니다.

잘못된 지불은 다음과 같습니다

청구자	사회보장번호	출생년월일	과지불액	항소결정일
이름	xxx xx xxxx	년. 월. 일	\$#####.##	년. 월. 일
이름	xxx xx xxxx	년. 월. 일	\$#####.##	년. 월. 일

회사는 결정안의 일자로부터 15 일 이내로 본 결정안에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의사항은 서면으로 작성되어야 하며 다음 사항을 갖추어야 합니다:

1. 회사 부서
2. 회사 부서의 주소
3. 회사 부서의 고용서비스과 계정번호
4. 이의 사항과 관련된 질문 및 이유의 간단한 요약
5. 이의사항을 제기하는 자의 이름, 주소, 직함
6. 적정성 처벌의 결정안의 사본

우편으로 발송하시거나 팩스로 제출하십시오:

우체국 상자 25903
Raleigh, NC 27611-5903
팩스 번호 919.715.7642

정보 요청서에 정확하고 적시에 답변하시어 비고용 보험 사기를 방지하는 것을 도와주세요