



노스 캐롤라이나
상무부
고용 안전부 실업 보험



고용주 이름:

수신:

주소

친애하는 :

우리 기관은 노동 분쟁으로 인해 제기된 것으로 보이는 실업 보험 혜택에 대한 클레임을 받았습니다. 고용 안전부는 클레임에 대해 귀하에게 통보하고 실업이 노동 분쟁으로 인해 존재하는 것인지 여부를 결정하기 위하여 필요한 정보를 요청하도록 요구합니다.

영업일 기준 오 (5)일 이내에 우리 사무실로 다음 정보를 제공하여 주십시오:

1. 노동 분쟁의 영향을 받는 모든 직원의 이름, 소셜 시큐리티 넘버, 그리고 완전한 우편 주소 목록;
2. 영향을 받는 직원들의 실업 첫 날;
3. 노동 분쟁의 이유;
4. 분쟁이 진행중인 (또는 진행 중이었던) 장소;
5. 고용주와 고용주 대표의 이름, 주소, 및 전화번호; 그리고
6. 직원 대표 또는, 있다면, 협상 대리인의 이름, 주소, 및 전화번호 (노동 조합, 현지 번호, 등), 및 협상 대리인 대표의 이름, 주소, 및 전화번호.

이 서신에 관해 궁금한 점이 있으시면 000.000.0000 번으로 연락하십시오.

안녕히 계십시오,

이름

실업 급여 혜택 담당 조감독

완성된 양식을 www.des.nc.gov 에서 귀하의 원고 셀프 서비스 포털에 업로드 하거나 다음으로 우편 또는 팩스로 보내주십시오:

Post Office Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903
Fax Number 919.715.7642

정보 요청에 대하여 적시에 적절하게
응답함으로써
우리가 사기 실업 급여를 막는 것을
도와주십시오

NCCLM EM04