



노스 캐롤라이나 상무부
고용 안정 부문 실업 보험
품질 관리



날짜:
개인 고용 기관 검증

이름
주소
주소 2
도시, 국가, 우편 번호

고용 기관: _____

청구인 이름: _____

주소: _____

사회 보장 번호: _____

배치 번호: _____

1. 본인이 대행사에 등록되어 있는지 여부 () 예 () 아니오
그렇다면 등록 날짜를 가입하십시오 _____.

2. 대행사를 통해 업무를 얻는 것에 대한 일반적인 절차를 설명하시기 바랍니다.

3. 본인은 이 절차를 준수하였는지 여부 () 예 () 아니오
그렇지 않다면 설명하시기 바랍니다:

4. 본인은 4-26-03 주 동안 실업 수당을 받는다는 추천을 받았는지 여부
() 예 () 아니오 그렇다면 각 추천의 결과를 표시하기 바랍니다.

5. 본인은 대행사에 등록할 때부터 제안, 추천 및/또는 작업을 거부하였는지 여부
() 예 () 아니오 그렇다면 설명하시기 바랍니다. (비현실적인 임금 요구, 특정 일, 시간
또는 교대 근무를 꺼리는 것과 같은 고용 수락에 대해 본인에게서 부과한 제한 사항을 포함)

추가 비고: _____

위의 정보는 본인이 알고 있는 한에 충실합니다.

품질 관리 책임자의 서명

날짜

전화번호: 919-707-1430, 팩스: 919-857-1205

검증 방법:

I F T M

UI 사기를 방지하도록 도와주세요!
의심되는 UI 사기 온라인보고
des.nc.gov에서

우체국 상자 25903 Raleigh, 노스 캐롤라이나 27611-5903