



노스 캐롤라이나 주 상무부 고용 안정 실업 보험 부
문



품질 관리 단위

이름
주소
주소 2
도시, 국가, 우편 코드

은퇴 연금 지불 명세서 및 확인

청구인: _____ 배치 번호: _____

사회 보장 번호: _____ BYB: _____

본인은 다음 이전 직장을 기반으로 퇴직금/연금을 받고 있습니다

사회 보장법, 또는 철도 퇴직법, 또는 (회사명)

제 월간 총 지불액 (의료 보험, 이전 급여 총당금 등 기타 공제 금액 포함) 및 처음 지불 받은 날짜는 다음과 같습니다:

월간 총지불금: _____ 부터: _____ 결제 날짜 _____ 처음 받았다: _____

월간 총지불금: _____ 부터: _____ 결제 날짜 _____ 처음 받았다: _____

본인은 퇴직금/연금 결제 정보가 본인이 알고 있고 믿는 한에 충실함을 확인합니다. 본인은 이 정보가 해당 기관이나 고용주에 의해 확인된다는 것을 잘 이해하며 이것은 본인의 지식과 동의 하에 수행됩니다.

청구인의 서명: _____ 날짜: _____

검증

청구인, _____ 사회 보장 번호, _____

아래에 표시된 금액으로 및 날짜에 퇴직금/ 연금을 수령하고 있습니다:

월간 총지불금: _____ 부터: _____ 결제 날짜 _____ 처음 받았다: _____

결제 날짜

월간 총지불금: _____ 부터: _____ 처음 받았다: _____

위에 표시된 확인 정보는 본인이 알고 있고 믿는 한에 충실합니다.

고용주/대리인: _____ 연락처 정보: _____

QC 책임자: _____ 날짜: _____

작성된 양식을 우편 또는 팩스로 보내기: 우체국 상자 25903
Raleigh, NC 27611-5903
팩스 번호 919.715.7642

UI 사기 방지에 도움
정보 요청에 정확하고시기 적절하게
응답함으로써