



# North Carolina Department of Commerce

## Division of Employment Security

### Unemployment Insurance



## Application for Completion Trade Readjustment Allowances (TRA)

Имя (Фамилия, полное имя, Второй инициал)  
Почтовый адрес

Документ, удостоверяющей личность заявителя

Согласно Закону о содействии в приобретении новых профессиональных навыков 2015 г. и принимая во внимание, что работник соответствует остальным критериям предоставления пособия на профессиональную переподготовку, работнику предоставляется право на получение полного пособия на профессиональную переподготовку со сроком до 13 недель при соблюдении всех следующих критериев:

- 1) Недели, в течение которых выплачивается пособие, необходимы работнику для прохождения обучающей программы, которая завершается получением степени или документа об образовании, принятого в соответствующей профессиональной сфере.
- 2) Работник проходит обучение в каждую из указанных недель; и
- 3) Работник достиг контрольных показателей, предусмотренных соответствующим планом обучения; и
- 4) Работник планирует продолжать обучение с целью совершенствования своих навыков и завершения обучения; и
- 5) Работник сможет завершить обучение в течение периода, на который определена выплата полного пособия на профессиональную подготовку.

Периодом предоставления полного пособия на профессиональную переподготовку до 13 недель составит 20 последовательных недель, начиная с недели, в которую работник подает заявление на получение полного пособия на профессиональную переподготовку.

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ: Настоящим я признаю, что выполняю запрос на получение полного пособия на профессиональную переподготовку, и информация, содержащаяся в данном запросе, является полной и точной, насколько мне это известно.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: \_\_\_\_\_

ДАТА: \_\_\_\_\_

**Заполняется куратором Кадрового департамента:**

Номер обращения \_\_\_\_\_

Дата окончания предоставления дополнительного пособия на профессиональную переподготовку \_\_\_\_\_

Первая неделя периода выплаты запрашиваемого полного пособия на профессиональную переподготовку \_\_\_\_\_

Наименование и адрес образовательного учреждения \_\_\_\_\_

Предполагаемая дата окончания обучения \_\_\_\_\_

ДАТА ОКОНЧАНИЯ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ (20-Я НЕДЕЛЯ) \_\_\_\_\_

ЗАЯВИТЕЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ  \*НЕ СООТВЕТСТВУЕТ  ВСЕМ ТРЕБОВАНИЯМ ПО КОНТРОЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБУЧЕНИЯ

ЗАЯВИТЕЛЬ СООТВЕТСТВУЕТ  \*НЕ СООТВЕТСТВУЕТ  ТРЕБОВАНИЯМ ПО ПОЛНОМУ ПОСОБИЮ В ТЕЧЕНИЕ 20 НЕДЕЛЬ

\*ПРИЧИНА, ПО КОТОРОЙ ЗАЯВИТЕЛЬ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ ПО КОНТРОЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБУЧЕНИЯ ИЛИ ТРЕБОВАНИЯМ ПО ПОЛНОМУ ПОСОБИЮ В ТЕЧЕНИЕ 20 НЕДЕЛЬ:

ПОДПИСЬ КУРАТОРА КАДРОВОГО ДЕПАРТАМЕНТА: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

**Заполняется представителем Программы предоставления пособия на профессиональную подготовку:**

ЗАПРОС НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛНОГО ПОСОБИЯ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ:  ОДОБРЕН  ОТКЛОНЕН

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОГРАММЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОСОБИЯ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ: \_\_\_\_\_

ДАТА: \_\_\_\_\_