

КОМИССИЯ ПО ГАРАНТИИ ЗАНЯТОСТИ СЕВЕРНОЙ КАРОЛИНЫ
ОТДЕЛЕНИЕ ПО ГАРАНТИИ ЗАНЯТОСТИ
 Raleigh, North Carolina (Роли, Северная Каролина)

**АФФИДЕВИТ ЗАЯВИТЕЛЯ В ОТНОШЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГРАЖДАНСКОЙ СЛУЖБЫ,
 ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ И ПРИЧИНЫ УВОЛЬНЕНИЯ**

1. Комиссия по гарантии занятости Северной Каролины (North Carolina) PO Box 25903 (а/я 25903) Raleigh, NC 27611 (Роли, Северная Каролина 27611)		2. Имя и почтовый адрес Заявителя	
3. Идентификационный номер местного офиса / центра телефонного обслуживания	4. Дата подачи заявления	5. Фактическая дата предъявления претензии	6. Дата увольнения
7. Наименование и адрес Федерального агентства		8. № социального обеспечения - -	
Инструкции: Заполните и незамедлительно возвратите			
9. Аффидевит в отношении федеральной заработной платы и информация об увольнении / документальное подтверждение			
a. Введите месторасположение Вашего основного места работы: (Город, Штат)			
b. Ниже введите Вашу заработную плату у вышеназванного работодателя. Укажите ежеквартальную заработную плату, начиная с заработной платы, которую Вы получили с (начальная дата учетного периода) по дату прекращения трудовых отношений с данным работодателем. В графе «Документальное подтверждение» укажите источник представленной информации и приложите соответствующую копию. Если потребуется дополнительное место для объяснения причин увольнения, приложите Ваше письменное объяснение.			
Квартал, завершающийся	Год	Заработная плата до удержания налогов	Документальное подтверждение
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
c. Компенсационные выплаты при увольнении: Получили ли Вы или имеете ли Вы право на получение компенсационных выплат при увольнении, предусмотренных федеральным законом или агентским трудовым договором? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если «Да», укажите следующую информацию: Итоговая сумма компенсационных выплат: \$ _____. Дата начала периода выплаты компенсаций _____ и дата завершения выплат _____.			
d. Пенсия: Имеете ли Вы право на получение пенсии от какого-либо отделения Федерального правительства? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Укажите ежемесячную пенсию до удержания налогов \$ _____.			
e. Причина увольнения			
Я, заявитель, осознаю, что законом предусматриваются соответствующие штрафные санкции в отношении лиц, предоставляющих ложные сведения с целью получения льгот, а также что заключения, основывающиеся на аффидевите, не являются окончательными: подобные заключения подлежат корректировке по получении информации о заработной плате и об увольнении от Федерального агентства, выплаты по пособиям, произведенные в результате такого заключения, могут быть скорректированы на основании информации, полученной от Федерального агентства, а любая сумма переплаты подлежит возврату, либо будет засчитана в счет будущих компенсационных выплат. Я, заявитель, подтверждаю или утверждаю под присягой о том, что вышеуказанные заявления, по имеющимся у меня сведениям, являются верными и подлинными.			
10. Подпись Заявителя			Дата