

Перевод с английского языка

[Логотип: СК (Северная  
Каролина)]

Департамент торговли штата  
Северная Каролина  
Отдел гарантии занятости  
Страхование по безработице

[QR-код]  
999999

**Подтверждение найма нового сотрудника**

ДЖЕК Т ХУБЕР (John Doe)  
888 North 10th Street  
Siler City, NC 27344-2421

Дата отправки: 24 февраля, 2017 года  
ИН заявителя: 1234567  
Дата вступления заявления в силу: 1 января,  
2001 года

Национальный каталог новых сотрудников позволил настоящему агентству получить информацию о том, что трудоустройство от вашего имени началось 1 января 2001 г. Предполагаем, что вы рады тому, что ваши усилия по поиску места работы увенчались успехом. Тем не менее, согласно нашим записям, вы продолжали подавать еженедельные засвидетельствованные документы после 1 января 2001 года. Мы связались с этим работодателем и выразили просьбу о предоставлении агентству информации о ваших валовых еженедельных доходах. Если вы еще этого не сделали, вы должны немедленно прекратить подавать свои еженедельные засвидетельствованные документы, не предоставив информации о ваших валовых еженедельных доходах. Кроме того, необходимо ваше согласие или отказ от предоставления данной информации. Ответьте на приведенные ниже вопросы.

1. Сообщали ли вы о работе от своего имени?

Да (если ДА, когда вы сообщали о работе? \_\_\_\_\_)

Продолжайте отвечать на вопросы 2 и 3).

Нет (если НЕТ, не отвечайте на вопросы 2 и 3, перейдите к полю «Дополнительные комментарии» ниже и объясните, по каким причинам информация, предоставленная работодателем, неверна).

2. Предоставляли ли вы информацию о своей валовой заработной плате за работу, выполняемую в процессе еженедельного засвидетельствования документов посредством интернета или телефона? Если НЕТ, то почему? (Если требуется дополнительное место, используйте отдельный лист бумаги.)

---

3. Работаете ли вы все еще от своего имени?

Да

Нет Если нет, укажите дату последнего рабочего дня Дата: \_\_\_\_\_

Вы должны ответить в течение (7) дней от даты отправки этого письма. **Непредоставление ответа в соответствии с указаниями может привести к лишению вас прав на получение пособий или к переплате, которую вы должны будете погасить.**

Ваши дополнительные комментарии:

---

---

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Если у вас есть вопросы касательно данной формы, пожалуйста, свяжитесь с  
Подразделением по работе с новыми сотрудниками по номеру 919.707.1338.

Пожалуйста, загрузите заполненную форму в ваш кабинет работодателя на сайте [des.nc.gov](http://des.nc.gov)  
или отправьте письмо/ факс по адресу:

Post Office Box 25903  
Raleigh, NC 27611-5903  
Fax Number 919.857.1296

Помогите предотвратить незаконное получение страхования по безработице –  
предоставьте точную и своевременную информацию по запросу.

Форма NC BI 527