

Департамент торговли штата Северная Каролина

Отдел гарантии занятости

Страхование по безработице



УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ЗАЯВКЕ НА ВЫПЛАТУ ПОСОБИЯ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ СПИСАНИЯХ С ВАШЕГО СЧЕТА

УЧЕТНЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ:

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:

№ соц. страхования	Имя заявителя:	Начало года для исчисления пособия:	Сумма еженедельного пособия	Допустимый заработок	Процент от общей заработной платы за базовый период	Максимальные потенциальные списания

ЗАРПЛАТА ЗА БАЗОВЫЙ ПЕРИОД (ПОКВАРТАЛЬНО)			
КВ./Г	ВЫПЛАЧЕННАЯ ЗАРПЛАТА	КВ./Г	ВЫПЛАЧЕННАЯ ЗАРПЛАТА

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Если вы хотите подать запрос о неприменении к вам указанных списаний, вам необходимо ответить на данное уведомление в течение 15 дней. Информация и инструкции приведены ниже.**

ИНСТРУКЦИИ: Укажите в поле ниже причину прекращения трудовых отношений с заявителем. Если заявитель уволился, укажите причину увольнения со слов работника (если работник не указал причину, также сообщите об этом). Если заявитель был уволен, опишите действие (действия), которые привели к увольнению. Если заявитель по-прежнему является вашим сотрудником, опишите его трудовой статус: количество рабочих часов, полная занятость, неполная занятость, работа по вызову, тот же статус, что и в момент, для которого указана зарплата за базовый период. Обязательно укажите последний рабочий день и отметьте причину прекращения трудовых отношений. Если вам нужно дополнительное место, используйте обратную сторону этой формы.

1. Укажите последний рабочий день (месяц / день / год): \_\_\_\_\_
2. Укажите причину, по которой вы подаете запрос о неприменении к вам списаний: ( ) УВОЛЬНЕНИЕ ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ ( ) УВОЛЬНЕНИЕ ПО ИНИЦИАТИВЕ РАБОТОДАТЕЛЯ ( ) СОТРУДНИК ПО-ПРЕЖНЕМУ РАБОТАЕТ ( ) УВОЛЬНЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ 100 ДНЕЙ В СВЯЗИ С НЕСПОСОБНОСТЬЮ ВЫПОЛНЯТЬ ИМЕЮЩУЮСЯ РАБОТУ - ПЕРВЫЙ РАБОЧИЙ ДЕНЬ (ММДДГГ) \_\_\_\_\_
3. Укажите причину прекращения трудовых отношений или опишите трудовой статус заявителя: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Подпись \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

ИНФОРМАЦИЯ И ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАПРОСА О НЕПРИМЕНИИ СПИСАНИЙ

1. НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ЭТУ ФОРМУ, если вы уволили заявителя в связи с отсутствием работы (постоянным или временным). Сохраните форму для дальнейшего использования. В результате увольнения к вашему страховому счету, учитывающему историю трудовых отношений с работниками, могут быть применены списания.
2. ОТПРАВЬТЕ ЭТУ ФОРМУ, если применяется одно из следующих условий, установленных законом (Статья 96-11.3):
  - (a) Заявитель уволился без уважительной причины со стороны работодателя;
  - (b) Заявитель был уволен за неправомерные действия, связанные с выполняемой работой;
  - (c) Заявитель был уволен в течение первых 100 дней работы в связи с неспособностью выполнять работу, для выполнения которой он был нанят.
  - (d) Заявитель по-прежнему работает на условиях, которые по сути (рабочее время и ставка оплаты труда) аналогичны тем, что действовали в момент, для которого была указана зарплата за базовый период.
3. Если на этой форме стоит отметка НОВАЯ ВЕРСИЯ, и вы уже направили запрос о неприменении списания, используя оригинальную форму NCU1 551, вы не должны заполнять и отправлять новую версию формы.
4. Если заявитель не работал на вас, или заработная плата за базовый период указана неверно, укажите это в форме и отправьте ее обратно.

5. Если заявитель работал в компании при предыдущем владельце, и вместе с компанией вы приобрели страховой счет, учитывающий историю трудовых отношений с работниками, вы также приобрели обязательство по выплате пособий.
6. Если у вас есть работа для данного заявителя, сделайте предложение заявителю напрямую. Если заявитель отказывается от вашего предложения о работе, сообщите об этом в Контактный центр для работодателей по телефону 919.707.1150 или 1.866.278.3822. От вас потребуются следующая информация: имя и должность, номер телефона, дата предложения о работе, дата отказа, тип предлагаемой работы, предлагаемая ставка оплаты, рабочее время, дни работы, место работы, причина, указанная заявителем при отказе от работы.

**Пожалуйста, загрузите заполненную форму на свою страницу на Портале работодателей по адресу [des.nc.gov](https://des.nc.gov)  
ИЛИ отправьте ее по почте или по факсу: Post Office Box 25903,  
Raleigh, NC 27611-5903  
ФАКС 919.XXX.XXXX**