

Перевод с английского языка

[Логотип: СК (Северная Департамент Торговли в Северной Каролине [QR-код]
Каролина)]
**Отдел Гарантии Занятости
Страхование по Безработице**

Извещение об исковом заявлении о получении пособия по безработице, начисленных
заработных платах и потенциальных взиманиях сборов

ДАТА:

Код EAN:

Вы являетесь последним работодателем Заявителя, а также работодателем учетного периода. Настоящим документом уведомляем Вас о потенциальных взиманиях сборов с Вашего счета. Настоящая форма не может использоваться для запроса об отмене взимания сборов. Решение о взимании сборов или об отмене взимания сборов будет основываться на информации о причинах увольнения, которую вы должны предоставить в ответ на запрос о предоставлении информации об увольнении, форма NCCLM 500AB. Непредоставление своевременного и надлежащего ответа по форме NCCLM 500AB может привести к получению Заявителем пособия и взиманию сборов с Вашего счета. Ответ по форме NCCLM 500AB Вы можете предоставить, войдя в свой кабинет работодателя на сайте des.nc.gov.

ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:	ПРОЦЕНТ ОТ ОБЩЕЙ СУММЫ ЗАРАБОТНЫХ ПЛАТ ЗА УЧЕТНЫЙ ПЕРИОД:
НОМЕР СОЦИАЛЬНОЙ СТРАХОВКИ:	
ГОД НАЧАЛА ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЯ:	МАКСИМАЛЬНАЯ СУММА ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ СБОРОВ:
СУММА ЕЖЕНЕДЕЛЬНОГО ПОСОБИЯ:	
НАЧИСЛЕНИЯ ПО ФАКТИЧЕСКОМУ ДОХОДУ:	

ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ЗА КВАРТАЛ: Кол-во/Год
Кол-во/Год
Кол-во/Год
Кол-во/Год

НАСТОЯЩАЯ ФОРМА ПОДЛЕЖИТ ВОЗВРАЩЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ 15 ДНЕЙ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ НЕ РАБОТАЛ НА ВАС ИЛИ ЕСЛИ УКАЗАННЫЕ СУММЫ ЗАРАБОТНЫХ ПЛАТ ЗА ОТЧЕТНЫЙ ПЕРИОД НЕВЕРНЫ.

ПОДПИСЬ _____ ДОЛЖНОСТЬ _____ ДАТА _____

Просьба загрузить заполненную форму в свой кабинет работодателя на сайте
www.ncesc.com.

**Либо направить письмо или факс по адресу: Почтовый ящик 25903,
Роли, Северная Каролина 27611-5903
Номер факса: 919.XXX.XXXX**

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

Форма NCCLM 551L