



# Департамент торговли Северной Каролины

## Отдел безопасности сотрудников

### Страхование по безработице



Запрос информации о разделении и заработной плате  
Закон о торговле от 1974 года, с поправками 2002 года

Работодатель \_\_\_\_\_

Имя Сотрудника (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ /  
\_\_\_\_\_  
Номер Социального Страхования

\_\_\_\_\_  
Номер ходатайства

**Уведомление для работодателя:** Работник, указанный выше, подал заявку на получение разрешения на получение права на реструктуризацию торговли в соответствии с Законом о торговле от 1974 года, с поправками, внесенными в 2002 году. Если работник был частично отстранен до полного отстранения, пожалуйста, заполните раздел «Частичное и полное отстранение» ниже (период квалификации для Частичного и Полного Отстранения отличается). Пожалуйста, верните заполненную форму по адресу, указанному ниже, в течение 15 дней.

**Частичное Отстранение:** Срок, необходимый для **частичного отстранения** начинается \_\_\_\_\_ и заканчивается \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_  
/ /  
\_\_\_\_\_ Введите последний рабочий день до частичного отстранения.  
(Число) (Месяц) (Год)

Причина для отстранения:  Недостаток работы  Другое В случае «другого», уточните:

\_\_\_\_\_  
Введите количество недель, отработанных в течение квалификационного периода, в котором заработок составлял 30 долларов США и более. (если количество недель меньше 26, заполните пункты ниже).  
\_\_\_\_\_  
Укажите количество недель разрешенного отгула (отгул, взятый для отпуска, больничный, травма, декрет, недействительная или действительная военная служба, необходимость полного рабочего дня в качестве сотрудника рабочей организации).  
\_\_\_\_\_  
Введите количество недель недееспособности (оставить компенсацию в соответствии с Законом о компенсации трудящихся).

**Полное отстранение :** Срок, необходимый для **полного отстранения** начинается \_\_\_\_\_ и заканчивается \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_  
/ /  
\_\_\_\_\_ Введите ПЕРВЫЙ рабочий день и

\_\_\_\_\_  
/ /  
\_\_\_\_\_ Введите ПОСЛЕДНИЙ рабочий день до полного отстранения.  
(Число) (Месяц) (Год)

Причина для отстранения:  Недостаток работы  Другое В случае «другого», уточните:

\_\_\_\_\_  
Введите количество недель, отработанных в течение квалификационного периода, в котором заработок составлял 30 долларов США и более. (если количество недель меньше 26, заполните пункты ниже).  
\_\_\_\_\_  
Укажите количество недель разрешенного отгула (отгул, взятый для отпуска, больничный, травма, декрет, недействительная или действительная военная служба, необходимость полного рабочего дня в качестве сотрудника рабочей организации).  
\_\_\_\_\_  
Введите количество недель недееспособности (оставить компенсацию в соответствии с Законом о компенсации трудящихся).

Работодатель \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Дата завершения \_\_\_\_\_ Номер телефона \_\_\_\_\_

Загрузите заполненную форму на свой Портал для работодателей по адресу [DES.NC.GOV](http://DES.NC.GOV)  
или

**Отправьте заполненную форму по почте или факсу: Post Office Box (а/я)  
Raleigh, NC 27611-5903 (Роли, Северная Каролина)  
Fax Number 919.715.7642 (номер факса)**

**Помогите нам предотвратить мошенничество с интерфейсом  
пользователя**

ответив точно и своевременно  
на запрос о получении информации

NC CLM 8-55A