

ДЕПАРТАМЕНТ ТОРГОВЛИ ШТАТА СЕВЕРНАЯ КАРОЛИНА
ОТДЕЛ ГАРАНТИИ ЗАНЯТОСТИ
СТРАХОВАНИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ
г. Роли, штат Северная Каролина

ОТЧЕТ 20 О ЗАНЯТОСТИ

и

ЗАПРОС О ПРЕКРАЩЕНИИ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

ВСТУПАЕТ В СИЛУ 1 ЯНВАРЯ 20

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Ответств.: () () Выбор базы ____ 20 ____

() () Раздел 96-8 (5) _____

Заявление рассмотрено: _____

Дата окончания: _____ 20 ____

Заявление одобрено: _____

Отпр. письма о прекращении: _____ 20 ____

Прекращено в соответствии с
NCGS 96-11()

От имени _____
(компания, домохозяйство, ферма, товарищества, организация и т.д.)

Я, номер счета _____, настоящим запрашиваю прекращение страхового покрытия по безработице в соответствии с законодательством штата Северная Каролина, NCGS 96-11.

Я понимаю, что в соответствии с законодательством мой запрос должен быть одобрен Отделом и что моей обязанностью является предоставление личного уведомления о прекращении, соответственным работникам, если оно будет одобрено. Я признаю, что если покрытие предоставлялось в соответствии с NCGS 96-8(5)a,

NCGS 96-8(5)b, NCGS 96-8(5)k или NCGS 96-8(5)e, этот запрос должен быть подан до первого марта в год подачи запроса о прекращении. Если покрытие было запрошено в соответствии с NCGS 96-8(5)n или NCGS 96-8(5)o, это заявление должно быть подано до первого марта в год подачи запроса о прекращении. Если покрытие предоставлялось исключительно в соответствии с NCGS 96-8(5)b, в таком случае заявление о прекращении должно быть подано в течение 60 дней после того, как в Отдел было подано уведомление об обязательстве и когда Отдел признал, что правопреемник имел право подать заявление в соответствии с NCGS 96-11, однако не сделал этого. После возобновления деятельности запрос о прекращении должен быть подан в течение 120 дней от даты уведомления Отдела о возобновлении деятельности.

Если первичное обязательство было определено на два календарных года или больше, заявление о прекращении должно быть подано в течение 90 дней от даты уведомления Отдела об обязательстве.

Отдел может только одобрить прекращение для какого-либо работодателя, который не соответствует требованиям относительно покрытия в соответствии с NCGS 96-8(5), и имеет право запрашивать любые отчеты, документы и декларации для подтверждения, заполнения или взаимодействия в связи с какими-либо отчетами, поданными работодателем.

Я, нижеподписавшийся, присягаю (или подтверждаю), что заявления, содержащиеся в данном документе, являются точными и правильными, что я имею надлежащие полномочия на подписание данных письменных показаний от имени данного работодателя, а также что я предоставляю данное заявление добровольно и исходя из предположения, что заявитель имеет право на прекращение покрытия в соответствии с Разделом 96-11 Закона о гарантии занятости Северной Каролины.

**ДЕПАРТАМЕНТ ТОРГОВЛИ ШТАТА СЕВЕРНАЯ КАРОЛИНА
ОТДЕЛ ГАРАНТИИ ЗАНЯТОСТИ
СТРАХОВАНИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ
г. Роли, штат Северная Каролина**

ОТЧЕТ 20 О ЗАНЯТОСТИ

и

ЗАПРОС О ПРЕКРАЩЕНИИ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

ВСТУПАЕТ В СИЛУ 1 ЯНВАРЯ 20 -

**ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

Ответств.: () () Выбор базы _____ 20 _____

() () Раздел 96-8 (5) _____

Заявление рассмотрено: _____

Дата окончания: _____ 20 _____

Заявление одобрено: _____

Отпр. письма о прекращении: _____ 20 _____

**Прекращено в соответствии с
NCGS 96-11()**

ДАТА _____ 20 _____ г.

ПОДПИСАНО _____

ДОЛЖНОСТЬ _____

**ПОДПИСАНО ПОД ПРИСЯГОЙ В МОЕМ
ПРИСУТСТВИИ**

СЕГОДНЯ _____ ЧИСЛА _____ 20 _____ Г

ПУБЛИЧНЫЙ НОТАРИУС

МОИ ПОЛНОМОЧИЯ ИСТЕКАЮТ _____ 20 _____ г