

Перевод с английского языка

[Стр. 1 из 2]

[Логотип: *СК (Северная
Каролина)*]

**Департамент торговли штата
Северная Каролина
Отдел гарантии занятости
Страхование по безработице**

[QR-код]

999999

Проверка заработной платы – Поквартальная заработная плата, 2-ой запрос

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

Дата отправки: 24 февраля 2017 года
Имя заявителя: Г-н ДЖЕК Т ХУВЕР
Номер социальной страховки: XXX-XX-
XXXX
Дата найма: 01.2001

Инструкции для работодателя

1 января 2001 года мы отправили вам запрос на предоставление информации о заработной плате указанного выше заявителя. Мы еще не получили ответ или заполненную форму. Согласно требованиям N.C. Gen. Stat. § 96-18 (a), работодатели должны предоставлять отчеты с необходимыми подтверждениями для уголовного преследования за преступные действия в соответствии с настоящим разделом. Подача заявки на получение пособия по безработице в случае наличия работы и некорректная отчетность о валовых доходах могут рассматриваться как уголовные действия. Данное физическое лицо подало заявку на получение пособий за недели, перечисленные на второй странице настоящей формы. Согласно вашему ежеквартальному отчету о заработной плате для FEIN fein, заработная плата, выплаченная данному лицу в течение квартала 0 (квартал/год), составила 0,00 долларов США.

**ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ИНСТРУКЦИИ
ПРЕЖДЕ ЧЕМ ЗАПОЛНЯТЬ ДАННУЮ ФОРМУ**

- Пункт 1 Введите дату первого рабочего дня (не обязательно дату принятия на работу).
- Пункт 2 Введите фактическую дату последнего рабочего дня (если возможно).
- Пункт 3 Введите начальную ставку оплаты и поставьте соответствующую отметку.
- Пункт 4 Отметьте соответствующие клетки формы занятости.
- Пункт 5 Поставьте соответствующую отметку о наличии данных о длительности рабочего дня и платежных ведомостей.
- Пункт 6 Отметьте соответствующий период оплаты и введите конечную дату оплаты.
- Пункт 7 Отметьте дни, соответствующие стандартной рабочей неделе физического лица.
- Пункт 8 Укажите общее количество часов, отработанных физическим лицом в течение указанных недель.
- Пункт 9 Укажите дату, когда физическое лицо получило оплату за указанную неделю.
- Пункт 10 Введите сумму валовой заработной платы, полученной за каждую указанную неделю.
- Пункт 11 Введите сумму любой другой заработной платы, полученной физическим лицом за указанные недели.
- Пункт 12 Введите в столбце «Другой тип оплаты» соответствующую цифру из следующих вариантов:

- 1 — Оплата за работу в праздничные дни
 2 — Оплата за отпуск
 3 — Премияльное вознаграждение
 4 — Пособие по болезни
 5 — Пенсия
 6 — Выплата задолженности
 7 — Компенсация при увольнении
 8 — Другое

Пример: Фактическая валовая заработная плата составляла 300,55 долларов США, а также заявителю было предоставлено премияльное вознаграждение в размере 100 долларов США.

Код записи данных	Дата окончания недели, суббота	8. Общее количество отработанных часов	9. Дата проведения оплаты	10. Валовые заработные платы	11. Другой тип оплаты	12. Другой тип оплаты
1	30.07.2016	40	05.08.2016	300,55	100,00	3

Пункт 13 Подпишите и укажите дату в нижней части формы проверки. Все записи должны быть подтверждены вашим именем, подписью и должностью, текущей датой и номером вашего телефона. Если возможно, укажите свой адрес электронной почты.

Примечание. Настоящая форма может быть получена и отправлена через наш сайт, des.nc.gov. На домашней странице веб-сайта выберите «Бизнес-услуги», а затем войдите в систему, используя свой номер учетной записи и PIN-код, нажмите ссылку «Ответ на уведомление о заработной плате», для предоставления ответа.

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

Форма NC BI 528QW2

[Стр. 2 из 2]

**Департамент торговли штата
 Северная Каролина
 Отдел гарантии занятости
 Страхование по безработице**

[QR-код]
 999999

Мы проверяем данные только за те недели, которые указанные в данной форме, пожалуйста, не изменяйте указанные даты.

Имя заявителя: Г-н ДЖЕК ХУВЕР
 Имя работодателя: Имя
 Территориальный орган: номер
 территориального органа

Номер социальной страховки заявителя:
 XXX-XX-XXXX
 № счета работодателя: № счета работодателя

1 Первый рабочий день _____	5 Наличие данных о соответствующем периоде оплаты и конечной дате оплаты <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2 Последний рабочий день _____	6 Информация о периоде оплаты <input type="checkbox"/> ежемесячно Конечная дата оплаты _____ <input type="checkbox"/> раз в полмесяца Конечная дата оплаты _____ <input type="checkbox"/> два раза в неделю Конечная дата оплаты _____ <input type="checkbox"/> раз в неделю Конечная дата оплаты _____ <input type="checkbox"/> ежедневно (только при условии ежедневной оплаты) Конечная дата оплаты _____
3 Ставка оплаты _____долл. США за <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> год <input type="checkbox"/> раз в полмесяца <input type="checkbox"/> два раза в неделю	7 Дни стандартной рабочей недели (отметьте соответствующие)
4 Форма занятости (выберите 1 вариант) <input type="checkbox"/> постоянная <input type="checkbox"/> полная <input type="checkbox"/> по вызову/требованию <input type="checkbox"/> частичная <input type="checkbox"/> сезонная <input type="checkbox"/> не работает <input type="checkbox"/> уволился из-за отсутствия работы Другой тип оплаты: 1=праздничные 2=отпускные 3=премиальные 4=больничные 5=пенсионные 6=задолженность	

7=компенсация при увольнении 8=другой тип оплаты (пожалуйста, укажите детали)	<input type="checkbox"/> Вс <input type="checkbox"/> Пн <input type="checkbox"/> Вт <input type="checkbox"/> Ср <input type="checkbox"/> Чт <input type="checkbox"/> Пт <input type="checkbox"/> Сб <input type="checkbox"/> Вс
---	---

Код записи данных	Дата окончания недели, суббота	8. Общее количество отработанных часов	9. Дата проведения оплаты	10. Валовые заработные платы	11. Другой тип оплаты	12. Другой тип оплаты
1	01.01.2001	<переменная>	<переменная>	<переменная >	<переменная>	<переменная>

12. Свидетельствование работодателя: Настоящим я свидетельствую, что информация, которую я предоставил по данной форме, верна и правильна, насколько мне известно.

Печать	Имя	Подпись	Должность	Дата
--------	-----	---------	-----------	------

Телефон Доб. Факс Адрес электронной почты Дата отправки письма или факса

Предоставьте заполненную форму в течение 15 дней.

Направьте письмо или факс по адресу: Post Office Box 25903
 Raleigh, NC 27611-5903
 Fax Number 919.857.1296

Форма NC VI 528QW2

Страница 2 из 2