

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



Имя
Адрес:
Адрес 2
Город, штат, почтовый индекс
(Zip)

Заявитель: № SS:
Серия №:

Ставка заработной платы: _____ за _____

Дата начала работы: _____ Дата окончания работы:

Конечная дата выплаты заработной платы: _____ Дата выплаты
заработной платы рабочим: _____

УКАЖИТЕ КОНЕЧНУЮ ДАТУ ПЛАТЕЖНОГО ПЕРИОДА, ЗА КОТОРЫЙ ВЫПЛАЧИВАЛАСЬ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА И КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ, ОТРАБОТАННЫХ ЗА КАЖДЫЙ ДЕНЬ ПЛАТЕЖНОГО ПЕРИОДА. ТАКЖЕ УКАЖИТЕ ОБЩУЮ СУММУ ЗАРАБОТКА ЗА ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД.

| Платежный период Конечная дата | КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ, ОТРАБОТАННЫХ ЗА ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД | | | | | | | Платежный период Заработок |
|-----------------------------------|--|-------------|---------|-------|---------|---------|---------|-------------------------------|
| | Воскресенье | Понедельник | Вторник | Среда | Четверг | Пятница | Суббота | |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |
| | | | | | | | | \$ |

Отчет о найме новых сотрудников

Вы добавили этого человека в список на выплату заработной платы начиная с _____ ? (ВУВ) Нет

Да
Проработал ли этот человек в Вашей компании на протяжении 12 месяцев до того, как Вы наняли нового человека? Нет

Да
Вы отправили информацию о найме нового сотрудника в соответствующие органы?
Нет Да

Дата, когда заявитель начал работать в течение указанного периода _____ ?
Если Вы не сообщили об этом человеке как о новом сотруднике, значит ли это, что он работал у Вас и раньше на протяжении 60 дней со дня первого рабочего дня? Нет
Да

Когда Вы указали этого человека как нового сотрудника?
В какой штат Вы направляете отчеты о новых сотрудниках?

ИНФОРМАЦИЯ, УКАЗАННАЯ ВЫШЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВДИВОЙ В МЕРУ ИЗВЕСТНЫХ МНЕ ФАКТОВ.

Представитель работодателя:

Должность: _____

Телефонный номер работодателя:

Следователь службы контроля качества:

Дата: _____

QC-32C (Ред. 07/12)

I F T M

BEN123_8.2.1

**Помогите нам предотвратить
мошенничество в сфере
выплаты страховки по
безработице**

Отвечайте четко и своевременно