



Departamento de Comercio de Carolina del Norte
División de Seguridad de Empleo
Seguro de Desempleo



Control de Calidad

Nombre _____ Fecha: _____
Dirección _____
Dirección2 _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____

Autorización para Divulgar Información

Reclamante: _____

Número de Seguro Social: _____

Número de Lote de Control de Calidad: _____

Estoy de acuerdo con las solicitudes del Estado de Carolina del Norte u otro estado del cual he reclamado beneficios de seguro de desempleo, para obtener información que es requerida por la ley en relación con mi reclamo de seguro de desempleo. Este acuerdo y solicitud de información se aplica a las autoridades militares, empleadores anteriores o potenciales, agencias federales, estatales, municipales o del condado y escuelas. Consiento que se suministre la información solicitada.

Firma del Reclamante: _____

Fecha: _____

Investigador de Control de Calidad:

**Envíe el formulario completo
por correo o fax a:**

Post Office Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903
Número de Fax 919.715.7642

Ayúdenos a prevenir el Fraude de Seguro de Desempleo
respondiendo de manera precisa y oportuna
a las solicitudes de información