



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



**SOLICITUD INTERESTATAL DE RECONSIDERACIÓN DE LA DETERMINACIÓN
 MONETARIA/CRÉDITOS SALARIALES**

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| 1. NOMBRE DEL RECLAMANTE (Primer, Segundo, Apellido) | | 2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| NOMBRE BAJO EL CUAL TRABAJÓ (en caso de ser diferente) | | OTRÓNÚMERO SEGURO SOCIAL (si existe) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 3. DIRECCIÓN POSTAL LOCAL (No., Calle o Ruta., Ciudad, Estado, Código Postal) | | 4. ESTADO RESPONSABLE | 5. ESTADO A TRANSFERIR |
| | | 6. NO. TELEFÓNICO (incluirl Código de Área) () | |
| 7. <input type="checkbox"/> Solicito la reconsideración de mis semanas/salarios transferidos (IB-4) <input type="checkbox"/> Solicito la reconsideración de mi determinación monetaria de fecha _____ Razones: | | | |

8. Llene los siguientes campos si está en desacuerdo con el monto determinado de salarios/semanas base:

| PERIODO BASE FINAL DEL TRIMESTRE | SALARIOS | SEMANAS | NOMBRE DEL EMPLEADOR | FECHAS TRABAJADAS | |
|-------------------------------------|----------|---------|----------------------|-------------------|-------|
| | | | | DESDE | HASTA |
| Mar. 31, 20__ | | | | | |
| Jun. 30, 20__ | | | | | |
| Sep. 30, 20__ | | | | | |
| Dic. 31, 20__ | | | | | |

9. *Llene los siguientes campos para cualquier empleador de periodo base no mencionado en la determinación:

| | | | |
|--|-----------------------------------|-------|-----------------------------|
| Nombre del Empleador: | FECHAS TRABAJADAS | | SALARIOS BRUTOS SOLICITADOS |
| | DESDE | HASTA | |
| DIRECCIÓN (No., Calle o Ruta., Ciudad, Estado, Código Postal) | | | \$ |
| | TIPO DE TRABAJO REALIZADO | | |
| DIRECCIÓN DE NÓMINA (si es diferente) | SITIO DE TRABAJO (Ciudad, Estado) | | |

NOTA: ADJUNTE LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE TALES COMO LOS TALONES DE CHEQUES, W-2, ETC, SI LLENO EL #8 O EL #9

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 10. La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. | FIRMA DEL RECLAMANTE | | | |
| 11. Certifico que he verificado el número de seguro social del reclamante. | FIRMA DEL AGENTE DE RECLAMACIONES | | | |
| Envíe por correo o por fax a: Post Office Box 25903 Raleigh, NC 27611-5903 No. Fax (919) XXX-XXXX | 12. FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD | EN PERSONA <input type="checkbox"/> | POR CORREO <input type="checkbox"/> | FECHA RECIBIDO |
| | DISTRIBUCIÓN: Original y una (1) copia a Estado Responsable/ Estado a Transferirse Copia al archivo del estado agente Copia a reclamante | | | |

Ayúdenos a evitar el Fraude de Seguro de Desempleo
 respondiendo oportunamente y con precisión a las solicitudes de información