



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

XXXX XXXX, *Gobernador*
XXXX XXXXXXXX, *Secretario*

XXXX XXXXXXXX, *Subsecretario*

99/99/9999

Nombre del reclamante
123 Calle sin nombre
Ciudad, North Carolina 12345

Nombre del reclamante
XXX-XX-

Estimado Nombre del reclamante:

Adjunto a la presente encontrará el Formulario NCUI 563R, Determinación de pago por jubilación. Revise y complete la Sección A. Firme, escriba la fecha y devuelva el formulario a nuestra oficina dentro de un período de 5 días hábiles o a más tardar el 11/03/2015, junto con la documentación que sirva para comprobar su monto bruto de jubilación mensual. En caso de no proporcionar la información dentro del período designado podría repercutir negativamente sobre sus beneficios de seguro de desempleo.

Devuelva el formulario NCUI 563R con la prueba solicitada a mi atención por correo electrónico, fax o correo postal.

Correo postal: Departamento de Comercio
División de Seguridad de Empleo
Centro de asistencia al cliente
P O Box 25903, Raleigh, NC 27611-5903

Correo electrónico: esc.ui.customerservice@nccommerce.com

La línea de asunto debe incluir el nombre del asesor y 563R (por ejemplo: Leslie – 563R)

Fax: (919) 250-4135

Si tiene preguntas o necesita más ayuda, llama al Centro de asistencia al cliente al at (888) 737-0259. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Atentamente

Nombre del agente

División de Seguridad de Empleo
Documento adjunto