



North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance
Unidad de Control de Calidad



Nombre _____
 Dirección **Declaración de Pago y Verificación de Jubilación/Pensión**
 Dirección 2 _____
 Ciudad, Estado, Código Postal _____

Reclamante: _____ Número de Lote: _____

Número de Seguro Social: _____ BYB: _____

SAMPLE

Estoy recibiendo un pago de jubilación/pensión, basado en mi propio trabajo anterior en virtud de
 Ley de Seguro Social, o Ley de Retiro Ferroviario, o de (nombre de la compañía)

Mi pago mensual bruto (incluyendo importes deducidos por Medicare, un sobrepago previo de beneficios, y cualquier otra cantidad deducida) y la fecha de los pagos que fueron recibidos primero son los siguientes:

Brutos Mensuales _____ Fecha de Pago _____
 Pago: _____ De: _____ Recibido Primero: _____

Brutos Mensuales _____ Fecha de Pago _____
 Pago: _____ De: _____ Recibido Primero: _____

Certifico que la información de pago de jubilación/pensión que se muestra arriba es verdadera según mi leal saber y entender. También entiendo que esta información será verificada con la agencia apropiada o empleador y esto se hace con mi conocimiento y consentimiento.

Firma del Reclamante: _____ Fecha: _____

Verificación

Reclamante, _____ Número de Seguro Social, _____

está recibiendo un pago de jubilación/pensión en las cantidades y fechas indicadas a continuación:

Brutos mensuales _____ Fecha de Pago _____
 Pago: _____ De: _____ Recibido Primero: _____

Brutos mensuales _____ Fecha de Pago _____
 Pago: _____ De: _____ Recibido Primero: _____

La información de verificación que se muestra arriba es correcta a mi leal saber y entender.

Rep. Agencia/Employador: _____ Datos de contacto: _____

Investigador CC: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo Oficina Postal 25903 Raleigh,
por correo o fax a: NC 27611-5903
 Número de fax 919.715.7642

Ayúdenos a prevenir el fraude de Seguro de Desempleo respondiendo de forma precisa y oportuna a las solicitudes de información