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

Nombre
Dirección
Dirección 2
Ciudad, Estado, Código Postal

Reclamante: No SS.: Lote Nº.:

Tarifa de Pago: por

Fecha en que comenzó el trabajo: Última fecha de trabajo:

Fecha de Nómina: Fecha de Pago a Trabajadores:

Introduzca los salarios brutos obtenidos y el número de horas trabajadas durante cada semana calendario de reclamo. También, introduzca la fecha de finalización del período de nómina para el cual se pagaron los salarios.

Fecha de Finalización Semana Reclamada	Total Ganancias de la Semana Calendario	Total Horas Trabajadas en la Semana Calendario	Fecha de Finalización Período de Nómina

SAMPLE

Nuevo Reporte de Contratación Cumplimiento:

¿Ha agregado a esta persona a su nómina desde ? ☐ No ☐ Sí

Trabajó esta persona en los 12 meses anteriores a la fecha más reciente de contratación? ☐ No ☐ Sí

¿Reportó esta persona como un nuevo empleado a la agencia estatal designada? ☐ No ☐ Sí

¿Fecha en que el reclamante trabajó por primera vez dentro del período anterior ?

Si no informó a esta persona como un empleado nuevo, ¿previamente empleó a esta persona dentro de los 60 días del primer día trabajado anteriormente? ☐ No ☐ Sí

¿En qué fecha reportó a esta persona como un nuevo empleado?

¿En qué estado su empresa informó las nuevas contrataciones?

Esta información es correcta según mi leal saber y entender.

Representante del Empleador Fecha

Título Teléfono del Empleador

Investigador del Control de Calidad ☐ I ☐ F ☐ T ☐ M

Envíe este formulario completo por Correo o Fax a: Oficina Postal 25903 Raleigh, 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