



**North Carolina Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Unemployment Insurance**



*Esta es una muestra de un cuestionario telefónico que debe completarse y enviarse por correo al Árbitro de Apelaciones antes de la audiencia. Debe dejar su número de teléfono correcto y los nombres y números de teléfono de cualquier testigo.*

**CUESTIONARIO DE AUDIENCIA TELEFÓNICA**

FECHA DE AUDIENCIA: (01/01/2017) HORA DE AUDIENCIA:(10:30AM/PM EST/EDT)  
ÁRBITRO DE APELACIONES: (NOMBRE) N° DE EXPEDIENTE: (ACB1234)

**POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LOS NOMBRES Y NÚMEROS TELEFÓNICOS DE LOS PARTICIPANTES PARA SU PRÓXIMA AUDIENCIA DE APELACIONES DE SEGURO POR DESEMPLEO.**

Usted es responsable de asegurarse de que el árbitro de apelaciones tenga su número de teléfono correcto y el de sus testigos. Nota: Si va a utilizar un teléfono móvil para su audiencia, es su responsabilidad asegurarse de que se encuentre en un área con recepción de señal clara. Si está utilizando una línea fija, es responsable de asegurarse de que su teléfono esté funcionando y que la línea no esté en uso. El no participar en la audiencia como resultado de problemas con su teléfono o su número de teléfono puede resultar en que no se considere su evidencia, o se rechace su apelación.

Es importante que le proporcione al árbitro de apelaciones el número de teléfono correcto para sus testigos. También debe indicarles a sus testigos que estén preparados para la llamada telefónica en el momento designado.

Por favor enumere todas las personas que desea que el árbitro de apelaciones llame para su audiencia. Si usted es el reclamante o el empleador que llena el formulario y desea participar en la audiencia, por favor inclúyase a usted mismo y su número de teléfono.

PARTICIPANTES DE LA AUDIENCIA PARA EL  
RECLAMANTE  o EL EMPLEADOR

NOMBRES	CÓDIGO DE ÁREA + NÚMERO DE TELÉFONO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

POR FAVOR USE HOJAS ADICIONALES DE SER NECESARIO



**North Carolina Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Unemployment Insurance**



**IMPORTANTE** si no tiene servicio telefónico, infórmele a la oficina de la División más cercana. Por favor llegue (15) quince minutos antes de la audiencia. Dígale a la recepcionista que está allí para una AUDIENCIA DE APELACIONES POR TELÉFONO.

\_\_\_\_\_  
Lugar de la Oficina de la División (Ciudad, Estado)

\_\_\_\_\_  
Código de Área + Número de Teléfono

<b>INFORMACIÓN REQUERIDA SOBRE LA PERSONA QUE PRESENTA ESTE FORMULARIO</b>	
Nombre _____	Título _____
Firma _____	Fecha _____

POR FAVOR DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO LO MÁS PRONTO POSIBLE. Este formulario puede ser doblado y enviado por correo.

Envíe por correo a: in C Department of Commerce, Division of Employment Security, Appeals Section, PO Box 25903, Raleigh, NC 27611–5903. También puede enviar dicho formulario por fax al árbitro de apelaciones en el número de fax que se encuentra en la parte delantera del aviso de audiencia. Para obtener más información, puede llamar a la Sección de Apelación al 919-707-1060 o contactarnos por correo electrónico: [des.public.appeals@nccommerce.com](mailto:des.public.appeals@nccommerce.com)

DOBLE AQUÍ

---

Dirección de Retorno:

[NOMBRE A ENVIAR]

[Dirección a enviar]

[Ciudad, Estado, Código Postal a enviar]

NC Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Atención: Árbitro de Apelaciones [Árbitro]  
P.O. Box 25903  
Raleigh, NC 27611-5903

[Número de Registro]

[Fecha de Envío]

DOBLE AQUÍ

---