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

Nombre
Dirección
Dirección 2
Código postal

Reclamante: **No SS.:** Lote Nº.:

Tarifa de Pago: _____ Por _____

Fecha en que comenzó el Trabajo: _____ Última fecha de Trabajo: _____

Fecha de Finalización de Nómina: _____ Día de Pago a los Trabajadores: _____

INTRODUZCA LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERÍODO DE NÓMIMA PARA LA QUE SE PAGARON LOS SALARIOS Y EL NÚMERO DE HORAS TRABAJADO DURANTE CADA DÍA DEL PERÍODO DE NÓMINA.
TAMBIÉN, INGRESE LAS GANANCIAS TOTALES DEL PERIODO DE NÓMINA.

Período de Nómina	Horas Trabajadas durante Período de Nómina							**Período de Nómina**
Fecha de Finalización	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	**Ganancias**
								$
								$
								$
								$
								$
								$
								$
								$
								$
								$
								$
								$

SAMPLE

Cumplimiento de Informe de Nuevas Contrataciones

¿Agregó a esta persona a su nómina desde ? ☐ No ☐ Sí
¿Trabajó esta persona para usted 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, ¿Empleó previamente esta persona dentro de los 60 días del primer día trabajado anteriormente? ☐ No ☐ Sí
¿En qué fecha se reportó a esta persona como un nuevo empleado?
¿En qué estado informó su empresa las nuevas contrataciones?

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA PARA EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.
Representante del Empleador: _____

Título: _____ No de Teléfono del Empleador.: _____

Investigador de Control de Calidad: Fecha: _____

I F T M

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