



**Sở Thương Mại North Carolina  
Đơn Vị Đảm Bảo Việc Làm  
Bảo Hiểm Thất Nghiệp**



Ngày: tháng/ngày/năm

Số nhận dạng người nộp đơn:

Tên  
Địa chỉ dòng 1  
Địa chỉ dòng 2  
Thành phố, Bang, Mã vùng

**VUI LÒNG ĐỌC**

**Thông báo Chấm dứt Trợ cấp Mở rộng**

Vào XXXXXXXXXXX XX, XXXX Bộ Lao động Hoa Kỳ thông báo cho Đơn vị Đảm bảo Việc làm rằng North Carolina không còn đủ điều kiện tham gia Chương Trình hưởng Trợ cấp Mở rộng. Tuần có thể chi trả cuối cùng của Trợ cấp Mở rộng là kết thúc tuần XXXXXXXXXXX XX, XXXX.

Nếu quý vị không dùng hết Trợ cấp Mở rộng của mình vào kết thúc tuần XXXXXXXXXXX XX, XXXX, quý vị sẽ không nhận được quyền Trợ cấp Mở rộng còn lại.

Nếu có thắc mắc nào liên quan đến vấn đề này, xin vui lòng truy cập vào website của chúng tôi tại [www. des.nc.gov](http://www.des.nc.gov) hoặc gọi đến số 1-888-737-0259.

**Giúp chúng tôi ngăn chặn giả mạo  
Bảo hiểm Thất nghiệp! Báo cáo  
Trường hợp Tình nghi tại [des.nc.gov](http://des.nc.gov)  
Hộp thư 25903 Raleigh, North Carolina 27611-5903**