

DEPT. DU COMMERCE CN – DIVISION DE LA SÉCURITÉ D'EMPLOI

DEMANDE POUR LES INFORMATIONS DE CESSATION D'EMPLOI DE L'EMPLOYEUR.

La personne nommée ci-dessous a déposé une demande pour des allocations d'assurance-chômage et vous a identifié comme le dernier employeur. Votre réponse sera prise en considération pour déterminer la qualification de la personne si elle est reçue la date d'échéance. Si vous ne fournissez pas une réponse détaillée, lisible et ponctuelle ou si vous ne répondez pas présent à une audience d'appel relative à cette demande, vous pouvez encourir une hausse dans votre taux d'imposition. Vous pouvez répondre par courrier ou par fax. Si votre réponse est soumise par fax, veuillez ne pas renvoyer le formulaire papier. Veuillez fournir une adresse e-mail ou un numéro de fax au cas où des informations supplémentaires pourraient être nécessaires. Si la personne est au chômage en raison de « manque de travail » ou « incapacité à faire un travail disponible », la cessation d'emploi ne sera pas examinée et votre compte sera sujet à des charges pour toutes les allocations payées au requérant.

Renvoyer à:
Division de la sécurité d'emploi

Numéro de fax: (919) 733-1371
Numéro de téléphone : (888) 737-0259

1. Date de mise à la poste	2. Date d'échéance de la réponse	3. Si le requérant dépose une demande initiale et que vous êtes aussi un employeur de période de base, vous recevrez, dans un courrier différent, le formulaire NCUI 551L Avis de revendication au Chômage, et d'éventuelles charges.																																							
4. Nom du requérant		5. Date Effective de la demande	6. Numéro de sécurité sociale																																						
7. Si le requérant n'a pas travaillé pour vous, cochez cette case. <input type="checkbox"/>		EAN:																																							
8. Raison pourquoi le requérant ne travaille plus : Veuillez cocher une seule case <input type="checkbox"/> Agence temporaire (voir question 14) <input type="checkbox"/> Démission (remplissez question 15) <input type="checkbox"/> Licenciement (remplissez question 16) <input type="checkbox"/> Incapacité de faire le travail <input type="checkbox"/> Manque de travail/licenciement <input type="checkbox"/> Autre (remplissez question 17)		9. s'il est toujours employé, veuillez cocher l'une des cases suivantes. Introduisez le nombre d'heures si possible. <input type="checkbox"/> Ce requérant a été engagé à plein-temps (_____) heures et aujourd'hui, le travail a été réduit à (_____) heures. <input type="checkbox"/> Ce requérant n'a pas été licencié, mais il a été engagé à temps partiel et continue à travailler à temps partiel.																																							
		10. Premier jour de travail			11. Dernier jour de travail (dernier jour physiquement présent au travail)			12. Taux de rémunération																																	
		<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table>											J	J	M	M	A	A	A	A	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>J</td><td>J</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table>											J	J	M	M	A	A	A	A	\$ _____ par _____	
J	J	M	M	A	A	A	A																																		
J	J	M	M	A	A	A	A																																		
13. est-ce que le requérant a reçu :		Montant brut		Date de paiement		Nombre de																																			
						semaines jours Heures																																			
a. Salaire régulier pour la dernière semaine de travail ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$																																					
b. Salaire en guise de préavis (rémunération pour indemniser l'employé pour aucun préavis ou un court préavis de mise à pied)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$																																					
c. Pécule de vacances (rapport de congés accumulés)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$																																					
d. Indemnité de départ ou Prime de cessation d'emploi ? Indemnisation pour les semaines non travaillées après la cessation d'emploi. Chaque paiement influence la demande différemment.																																									
Indemnité de départ ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$																																					
Prime de cessation d'emploi?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		\$																																					

e. Autre(s) paiement(s) ? Si oui, pour quelle raison avez-vous effectué le paiement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$				
f. Pension d'entreprise ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$	Combien ? <input type="checkbox"/> montant forfaitaire <input type="checkbox"/> chaque mois			
(Réservé au bureau seulement)						

(Voir l'autre côté)

Requérant : _____ **NSS:** _____ **DD:** _____

14. REMPLISSEZ CETTE SECTION SI VOUS ÊTES UN EMPLOYEUR TEMPORAIRE DES SERVICES DE L'EMPLOI :

La personne n'est pas à l'arrêt, est qualifiée pour des affections convenables, mais aucune affection convenable n'est disponible actuellement.

Est-ce qu'un nouveau travail a été offert au requérant ? Oui Non Si oui, a-t-elle/il accepté ? Oui Non

Si les questions ci-dessus ne s'appliquent pas pour ce requérant, veuillez répondre soit à la question 15 ou 16.

Veuillez fournir les informations suivantes concernant les emplois refusés :

Date de proposition	Type de travail	Taux de rémunération : \$ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DEUX-SEM. <input type="checkbox"/> A	Jours	Heures	Distance du site	Raison de refus Voir #17
---------------------	-----------------	---	-------	--------	------------------	-----------------------------

Les questions suivantes font référence au dernier emploi du requérant :

Nom et adresse de l'employeur :

Poste du requérant :	Premier jour de travail :	Dernier jour de travail :
Taux de rémunération : \$ _____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DEUX-SEM. <input type="checkbox"/> A	Heures de travail :	Jours travaillés :

15. REMPLISSEZ CETTE SECTION SI LE REQUÉRANT A DÉMISSIONNÉ.

a. Quelle est la raison de la démission du requérant ? (Si vous avez besoin de plus d'espace, continuez dans la question 17.)

b. Est-ce que le requérant a donné une notification préalable de démission ? Oui Non Si oui, veuillez fournir la date :

_____ si le requérant a donné une notification, était-elle: Orale écrite (veuillez fournir une copie)

16. REMPLISSEZ CETTE SECTION SI LE REQUÉRANT A ÉTÉ LICENCIÉ.

a. quand vous avez annoncé au requérant son licenciement, quelle raison avez-vous donnée ? _____

Était-ce une infraction à la politique ? Oui Non Si oui, veuillez fournir une preuve documentée comme nécessaire.

b. avez-vous averti le requérant d'un tel comportement ? Oui Non

Date(s) des avertissements concernant ce comportement ? _____

L'avertissement(s) était : Oral écrit les deux

(fournir des détails concernant la nature des avertissements dans la question 17. Joignez la documentation.)

c. est-ce que le retard ou la présence étaient une raison pour le licenciement ? Oui Non Si oui, veuillez communiquer les dates et les raisons concernant les incidents.

17. REMPLISSEZ CETTE SECTION OU UNE AUTRE FEUILLE POUR DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES.

Nom de la personne à contacter pour des informations supplémentaires : _____ Numéro de téléphone de Contact : _____
()

Signature	Nom en caractères d'imprimerie	Titre	Date de signature
-----------	--------------------------------	-------	-------------------

Adresse E-mail:	Numéro de fax: ()
-----------------	-------------------------

(Veuillez faxer les deux cotés avant et arrière à DSE)