



وزارة تجارة كارولاينا الشمالية
قسم الأمن الوظيفي - تأمين ضد البطالة



طلب معلومات الفصل من العمل

> يجب أن يدخل برنامج SCUBI (ساوثيست كونسورتيوم لمزايا تأمين ضد البطالة) تاريخ الإرسال بالبريد هنا < (نريد أن يُدون التاريخ، على سبيل المثال، 7 أبريل، 2016).

اسم صاحب العمل

العنوان 1

العنوان 2

المدينة، الدولة، الرمز البريدي (ظرف ذو فتحة مستطيلة)

رقم حساب صاحب العمل:

رفع الفرد المسمى أدناه دعوى لمزايا تأمين ضد البطالة وأدرج اسمك بصفة صاحب عمله الأخير. وبصفتك صاحب العمل الأخير للفرد المشار إليه، فإنك مطالب بتقديم معلومات حول الفصل من العمل إلى قسم الأمن الوظيفي في الوقت المحدد. سوف نأخذ المعلومات التي تقدمها في عين الاعتبار لدى تحديد أهلية الفرد لتلقي المزايا، وذلك في حال استلامها قبل التاريخ المحدد أدناه.

للرد على هذا الخطاب، يرجى الدخول إلى بوابة خدمة صاحب العمل عبر الرابط des.nc.gov. إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في الدخول إلى حسابك في البوابة أو كانت لديك أي أسئلة بشأن هذا الطلب، يمكنك التواصل مع مركز خدمة أصحاب الأعمال على الأرقام 919.707.1150 أو 1.866.278.3822.

يمكن أن يتسبب الإخفاق في تقديم رد مناسب في الوقت المحدد أو التخلف عن حضور أي من جلسات الاستماع المتصلة بهذه الدعوى في تزايد معدل ضرائبك.

اسم مقدم الطلب:

رقم الضمان الاجتماعي:

تاريخ سريان الدعوى:

الموعد النهائي لإرسال الرد:

إذا كان مقدم الطلب يرفع دعوى ابتدائية وكنت أنت أيضاً صاحب العمل في فترة الأساس، فسوف تستلم في بريد منفصل نموذج إشعار بمطالبة البطالة والأجور المبلغ عنها والمطالبات المحتملة NCCLM 551L.

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد البطالة!

أبلغ عن حالات احتيال التأمين ضد البطالة المشتبه بها عبر الإنترنت على

des.nc.gov

صندوق بريد 25903 5903-27611 Raleigh, North Carolina