



وزارة تجارة كارولينا الشمالية  
قسم الأمن الوظيفي - تأمين ضد البطالة  
وحدة ضبط الجودة



الاسم  
العنوان  
العنوان 2  
المدينة، الدولة، الرمز البريدي

بيان وإثبات دفع المعاش التقاعدي

مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ رقم الدفعة: \_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ بداية سنة تلقي المزايا: \_\_\_\_\_

أتلقى دفعات المعاش التقاعدي بناءً على مناصبي الوظيفي السابق بموجب  
 قانون الضمان الاجتماعي [أو]  قانون التقاعد من العمل في السكك الحديدية أو [من] (اسم الشركة)

يوضح مجموع الدفعات المالية التي تلقيتها (بما في ذلك المبلغ المقتطع من قبل Medicare وأي دفعات إضافية من المزايا وأي مبلغ مقتطع آخر)، إضافة إلى تاريخ استلام أولى الدفعات فيما يلي:

الدفعات الشهرية  
الدفعة: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ تاريخ الدفع  
تم الاستلام في: \_\_\_\_\_

الدفعات الشهرية  
الدفعة: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ تاريخ الدفع  
استلمت أولاً في: \_\_\_\_\_

المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي واعتقادي. كما أدرك أنه سيتم التأكد من هذه المعلومات من قبل الوكالة المعنية أو صاحب العمل، علماً بأن ذلك سيتم بكامل علمي وموافقتي.

توقيع مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

الإثبات

مقدم الطلب، حامل رقم الضمان الاجتماعي،

يقر باستلام دفعات المعاش التقاعدي بالقيم والتواريخ الموضحة أدناه:

الدفعات الشهرية  
الدفعة: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ تاريخ الدفع  
استلمت أولاً في: \_\_\_\_\_

الدفعات الشهرية  
الدفعة: \_\_\_\_\_ من: \_\_\_\_\_ تاريخ الدفع  
استلمت أولاً في: \_\_\_\_\_

إن معلومات الإثبات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي واعتقادي.

الوكالة/صاحب العمل: \_\_\_\_\_ معلومات الاتصال: \_\_\_\_\_

محقق ضبط الجودة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

أرسل النموذج المكتمل عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس إلى:

صندوق بريد 25903

Raleigh, NC 27611-5903

رقم الفاكس 919.715.7642

ساعدنا في منع حدوث حالات احتيال التأمين ضد البطالة  
بالرد على الطلبات المتعلقة بالمعلومات بدقة وفي الموعد المحدد

QC-36