



999999

وزارة التجارة بولاية North Carolina  
قسم الأمن الوظيفي  
التأمين ضد البطالة



مراجعة الأجور – الأجر ربع السنوي (الطلب الثاني)

تاريخ المراسلة: 24 فبراير 2017

JACK THOOVER700

اسم المدعي: السيد جاك ثوفر

وادي افينو

رقم الضمان الاجتماعي: XXX-XX-XXXX

وحدة 32

تاريخ التعيين: 2001/01

رالي، NC 27605 – 1154

تعليمات صاحب العمل

في 1 يناير 2001، أرسلنا إليك طلباً للحصول على معلومات بشأن الأجور الخاصة بالمدعي المذكور أعلاه. ولم نتلق حتى الآن ردًا أو نموذجًا بعد استكمالها. وتتطلب الفقرة 96 - 18 (أ) من القانون الأساسي العام لولاية NC أن يقوم أصحاب العمل بتقديم سجلات بالإضافة إلى أي توثيقات لازمة من ذلك، والتي تكون مطلوبة لمقاضاة أي إجراء جنائي بموجب هذا القسم. وإن التقدم للحصول على مزايا برنامج التأمين ضد البطالة أثناء العمل، وعدم الإبلاغ بشكل صحيح عن إجمالي الأرباح، قد يعتبر إجراءً جنائياً. تقدم هذا الشخص للحصول على مزايا البرنامج عن الأسابيع المدرجة في الصفحة الثانية من هذا النموذج. ويوضح تقرير الأجر ربع السنوي الخاص بك لرقم التعريف الاتحادي لصاحب العمل (fein) أنه تم دفع أجور بقيمة 0.00 دولار أمريكي إلى هذا الشخص خلال الربع السنوي 0 من ربع السنة / السنة.

يرجاء قراءة التعليمات الواردة أدناه بعناية قبل محاولة استكمال هذا النموذج.

- |                  |   |
|------------------|---|
| بند 1            | أدخل التاريخ الأول للتوظيف (ليس بالضرورة تاريخ التعيين)                   |
| بند 2            | أدخل آخر تاريخ عمل فعلي (إن أمكن)   |
| بند 3            | أدخل معدل بداية الأجور واملأ الخانة المتعلقة بمعدل الأجور.                |
| بند 4            | املأ الخانات الخاصة بحالة العمل المتطابقة.                                |
| بند 5            | املأ الخانة المناسبة الخاصة بتوافر الوقت الأصلي وسجلات الأجور.            |
| بند 6            | املأ الخانة الخاصة بفترة الأجور المستخدمة وأدخل تاريخ نهاية فترة الأجور.  |
| بند 7            | املأ الخانات التي تنطبق مع أسبوع العمل القياسي للفرد.                     |
| بند 8            | أدخل إجمالي الساعات التي عملها الشخص في الأسابيع المحددة.                 |
| بند 9            | أدخل التاريخ الذي تلقى فيه الشخص الأجر مقابل الأسبوع المحدد.              |
| بند 10           | أدخل إجمالي مبلغ الأجور المستحقة مقابل العمل الذي تم في كل أسبوع محدد.    |
| بند 11           | أدخل مبلغ أي أجر آخر مستحق للشخص مقابل الأسابيع المحددة.                  |
| بند 12           | أدخل في عمود "نوع الأجر الآخر" الرقم المناسب من الاختيارات الموضحة أدناه: |
| 1-أجر عطلة       | 2-أجر إجازة   |
| 5-معاش           | 6-أجر متأخر   |
| 3-أجر علاوة      | 7-أجر تعويض إنهاء الخدمة  |
| 4-أجر مرضي/إعاقه | 8-أخرى  |

مثال: كان إجمالي الأجور الفعلية 300.55 دولار أمريكي واستلم المدعي علاوة بقيمة 100.00 دولار أمريكي.

رمز إدخال البيانات	تاريخ انتهاء الأسبوع - السبت	8. إجمالي ساعات العمل	9. تاريخ الدفع	10. إجمالي الأجور	11. أجر آخر	12. نوع الأجر الآخر
1	2016/7/30	40	2016/8/5	300.55	100.00	3

- بند 13 قم بالتوقيع وكتابة التاريخ في نهاية نموذج المراجعة. يجب التحقق من صحة كافة البيانات بما في ذلك اسمك، وتوقيعك، ولقبك، والتاريخ الحالي، ورقم هاتفك. ويرجاء إدخال عنوان بريدك الإلكتروني، إن أمكن.
- ملاحظة: يمكن الوصول إلى هذا النموذج وتقديمه عبر موقعنا الإلكتروني [des.nc.gov](http://des.nc.gov). ومن خلال الصفحة الرئيسية الخاصة بالموقع، اختر "خدمات الأعمال" ثم قم بتسجيل الدخول باستخدام رقم حسابك ورقم التعريف الشخصي الخاص بك، وانقر فوق رابط "الرد على إخطار مراجعة الأجور" للرد.

ساعدنا في منع الاحتيال باسم التأمين ضد البطالة من خلال الاستجابة في الوقت المناسب وبدقة لطلبات الحصول على معلومات

# وزارة التجارة بولاية North Carolina

## قسم الأمن الوظيفي

### التأمين ضد البطالة

999999

لا تراجع سوى الأسابيع المحددة في هذا النموذج، برجاء عدم تغيير التواريخ المدونة.

رقم الضمان الاجتماعي للمدعي: XXX-XX-XXXX

اسم المدعي: السيد جاك ثوفر

رقم حساب صاحب العمل: رقم حساب صاحب العمل

اسم صاحب العمل: اسم

المكتب المحلي: رقم المكتب المحلي

5 الوقت الأصلي وسجلات الأجر متوفرة إذا تطلب الأمر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		1 تاريخ أول يوم عمل: _____
6 معلومات فترة دفع الأجر نهاية فترة دفع الأجر شهري <input type="checkbox"/> نهاية فترة دفع الأجر نصف شهري <input type="checkbox"/> نهاية فترة دفع الأجر كل أسبوعين <input type="checkbox"/> نهاية فترة دفع الأجر كل أسبوع <input type="checkbox"/> (إذا تم دفعها يوميًا فقط) يومي <input type="checkbox"/>		2 تاريخ آخر يوم عمل: _____
7 الأيام القياسية في أسبوع العمل (حدد كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> أحد <input type="checkbox"/> اثنين <input type="checkbox"/> ثلاثة <input type="checkbox"/> أربعاء <input type="checkbox"/> خميس <input type="checkbox"/> جمعة <input type="checkbox"/> سبت		3 معدل الأجر _____ دولار أمريكي لكل <input type="checkbox"/> ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> عام <input type="checkbox"/> نصف شهري <input type="checkbox"/> كل أسبوعين
		4 الحالة الوظيفية للموظف (حدد واحدة): <input type="checkbox"/> لا يزال موظفًا <input type="checkbox"/> دوام كامل <input type="checkbox"/> عند الطلب/حسب الحاجة <input type="checkbox"/> دوام جزئي <input type="checkbox"/> موسمي فقط <input type="checkbox"/> لم يعد موظفًا <input type="checkbox"/> تم فصله نتيجة نقص العمل أنواع الأجر الآخر: 1= عطلة رسمية، 2=إجازة، 3= علاوة، 4= مرض/إعاقة 5= معاش، 6= أجر متأخر، 7= أجر تعويض إنهاء الخدمة، 8= أجر آخر (برجاء التوضيح)
نوع الأجر الآخر	11. أجر آخر	10. إجمالي الأجر
رمز إدخال البيانات	تاريخ إنتهاء الأسبوع	8. إجمالي ساعات العمل
1	2001/01/01	9. تاريخ الدفع
<متغير>	<متغير>	<متغير>

12. شهادة صاحب العمل: أشهد بموجب هذه الوثيقة أن المعلومات التي أدخلتها في هذا النموذج صحيحة وسليمة إلى حد علمي.

الاسم بأحرف واضحة	التوقيع	اللقب	التاريخ
-------------------	---------	-------	---------

الهاتف: \_\_\_\_\_ تحويلة: \_\_\_\_\_ الفاكس: \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ تاريخ الإرسال عبر البريد أو الفاكس: \_\_\_\_\_

برجاء تقديم النموذج مكتملاً خلال 15 يومًا

الإرسال عبر البريد أو الفاكس إلى:

صندوق بريد 25903

رالي، NC 27611 - 5903

رقم الفاكس: 919.857.1296