

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: SNN

اسم المدعي: اسم

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) <input type="checkbox"/> يومي		2 تاريخ آخر يوم عمل: _____
7 الأيام القياسية في أسبوع العمل (حدد كل ما ينطبق) <input type="checkbox"/> أحد <input type="checkbox"/> إثنين <input type="checkbox"/> ثلاثاء <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 الأخر: 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)
تاريخ الدفع	9. تاريخ الدفع	8. إجمالي ساعات العمل
تاريخ الإرسال عبر البريد أو الفاكس	10. إجمالي الأجر	11. أجر آخر
1	2001/01/01	<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

عنوان البريد الإلكتروني

الفاكس

تحويلة

تاريخ الإرسال عبر البريد أو الفاكس

برجاء تقديم النموذج مكتملاً خلال 15 يومًا

صندوق بريد 25903

الإرسال عبر البريد أو الفاكس إلى:

رالي، NC 27611 - 5903

رقم الفاكس: 919.857.1296