



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



الاسم
العنوان
العنوان 2
المدينة، الدولة، الرمز البريدي

مقدم الطلب: رقم الضمان الاجتماعي: رقم الدفعة:
معدل الأجر: لكل _____
أول يوم عمل: _____
آخر يوم عمل: _____
تاريخ انتهاء فترة الأجر: _____
يوم دفع الأجر للموظفين: _____

يرجى إدراج تاريخ انتهاء فترة الأجر التي دُفعت الأجور خلالها، إضافة إلى عدد الساعات التي عمل فيها الموظف يوميًا خلال الفترة التي يشملها الأجر. كما يرجى إدراج إجمالي الدخل خلال الفترة التي يشملها الأجر.

الفترة التي يشملها الأجر الدخل	الساعات التي عمل فيها الموظف أثناء الفترة التي يشملها الأجر							الفترة التي يشملها الأجر تاريخ نهاية فترة الأجر
	السبت	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								
دولار								

الامتثال لأمر رفع تقارير الموظفين الجدد

هل قمت بإضافة هذا الفرد إلى قائمة الدفع خاصتك منذ ؟ (بداية سنة تلقي المزايا)

لا

نعم

هل عمل هذا الشخص لديك خلال السنة (12 شهرًا) السابقة لأحدث موعد توظيف؟

لا

نعم

هل أعلمت الوكالة المعنية التابعة للولاية عن هذا الشخص بصفته موظفًا مستجدًا؟

لا

نعم

ما هو تاريخ بدء عمل مقدم الطلب خلال الفترة المذكورة أعلاه ؟

إن لم تقم بإعلام الوكالة عن هذا الشخص بصفته موظفًا مستجدًا، فهل قمت بتوظيف هذا الشخص

خلال 60 يومًا من تاريخ بدء العمل المذكور أعلاه؟

لا

نعم

متى أعلمت الوكالة عن هذا الشخص بصفته موظفًا مستجدًا؟

اذكر الولاية التي تعلمها شركتك في حال توظيف مستجدين لديها.

المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة بحسب معرفتي.

ممثّل صاحب العمل:

المسمى الوظيفي: _____
رقم هاتف صاحب العمل: _____
التاريخ: _____

M T F I

QC-32C (Rev. 07/12)

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

BEN123_8.2.1