



North Carolina 商务部就业保障部

失业保险



仅供DES 使用

索赔者: _____

审核人: _____

社保号: _____

接收日期: _____

键入日期: _____

指示: 就业保障部须于津贴索赔周结束之日(14)日内收到本表。_____, 周六午夜后本表须盖有邮戳。津贴索赔周结束之日(14)日内未返还索赔表, 您需重新提交索赔并经历一个无津贴等待周。

以下问题仅适用于结束于 _____ 周六午夜(am/pm)的 7 天日历周	周末 _____
1. 本周内您是否有结束工作; 完成待命工作或临时工作任务?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 本周内, 您是否有工作?	
3. 若有工作, 请输入扣款前收入。	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
4. 若有工作, 请输入工作总时长。	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. 您是否有找工作?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 您是否有能力工作?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 您是否可以工作?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 您是否有拒绝工作机会或引荐?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您是否有上学或参加培训?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 您是否愿意退学或退出培训或改变原计划接受工作机会?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 您是否有领取养老金或退休金?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. 您的退休金或养老金金额是否有变?	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. 您是否有收到遣散费、离职金、或假期工资? 若是, 请在右边方框内输入 总金额 。	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
14. 您是否有收到休假工资或绩效工资? 若是, 请在右边方框内输入 总金额 。	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

15. 您是否有申请或开始领取以下：另一政府机构发放的伤残工资、劳动者赔偿费、或失业救济金？	是 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 否
--	--

索赔者证明：就本人_____所知，以上回答真实且准确。
(打印名)

本人了解若提供不实陈述和/或隐瞒信息我会受到法院起诉。

索赔者签名：_____日期：_____

请于 des.nc.gov 索赔者自助服务入口上传已填写表格
或
邮寄或传真已填写表格至： 邮箱 25903 Raleigh, NC
27611-5903
传真 919.715.7642

通过准确并及时回复所请求信息
帮助我们防止失业保险诈骗