



**North Carolina Department of Commerce Division  
of Employment Security Unemployment Insurance  
INTERSTATE REQUEST FOR RECONSIDERATION OF  
MONETARY DETERMINATION/WAGE CREDITS**



1. 申诉人姓名 (名字, 中间名, 姓氏)	2. 社会安全号码 X X X - X X - [ ] [ ] [ ] [ ]	
工作用名 (如果不同)	其他社会安全号码 (如果有) X X X - X X - [ ] [ ] [ ] [ ]	
3. 当地邮寄地址 (门牌号, 街道, 城市, 州, 邮政编码)	4. 责任州	5. 转移州
	6. 电话号码 (包括区号) ( )	
7. <input type="checkbox"/> 我申请重新考虑我的周数/工资转移 (IB-4) <input type="checkbox"/> 我申请重新考虑 ____ (日期) 的货币决定 理由:		

8. 如果您不同意决定的基本时段工资/周数, 请填写以下内容:

基本时段 结束季度	工资	周数	雇主姓名	工作日期	
				起始	结束
20__年 99月 99日					
20__年 99月 99日					
20__年 99月 99日					
20__年 99月 99日					

9. \*以下填写决定中雇主未列出的任何基本时段的内容:

雇主姓名:	工作日期		总工资 要求
	起始	结束	
地址 (门牌号, 街道, 城市, 州, 邮政编码)			\$
	工作类型		
工资单地址 (如果不同)	工作地点 (城市, 州)		

**注: 请附带证明文件, 如支票存根、W-2 等, 如果填写 #8 或 9。**

10. 就我所知, 以上信息真实可靠。	申诉人签字			
11. 我证明, 我已检查申诉人的社会安全号码。	申诉接受人签字			
邮寄或传真至: Post Office Box 25903 Raleigh, NC 27611-5903 传真号码 (919) XXX-XXXX	12. 申诉归档日期	亲自 <input type="checkbox"/>	邮寄 <input type="checkbox"/>	接收日期
	分发: 原件和一份 (1) 复印件至 责任州/转移州 复印件至代理州档案 复印件至申诉人			

帮助我们避免 UI 欺诈  
准确及时回复信息查询