



北卡羅萊納州商務部
就業安全失業保險分工



質量控制單位

姓名
地址
地址 2
州、市、邮编

退休/养老金支付声明与核证

申请人: _____ 批号: _____

社会保险号: _____ BYB: _____

基于本人之前从事的工作, 本人正在根据
 《社会保险法》或 《铁路退休法案》的规定, 或从 (公司名称) 领取退休/养老金。

本人每月领取的总金额 (包括因参加医疗保险扣除的金额、之前多支付的福利费和任何其他应扣除金额), 以及首次领取日期如下所示:

每月
总金额: _____ 从: _____ 首次领取日期: _____

每月
总金额: _____ 从: _____ 首次领取日期: _____

本人证明, 据我所知并且我认为, 上述有关退休/养老金支付的信息属实。本人理解, 这些信息将会向相关机构或雇主核证, 本人对此核证行为知情并表示同意。

申请人签字: _____ 日期: _____

查证

申请人 _____ 社会保险号 _____

正在领取退休/养老金, 金额和领取日期如下所示:

每月
总金额: _____ 从: _____ 首次领取日期: _____

每月
总金额: _____ 从: _____ 首次领取日期: _____

据我所知并且我认为, 上述核证信息准确无误。

机构/雇主代表: _____ 联系方式: _____

质量控制调查员: _____ 日期: _____

请将填写完整的表格邮寄或发送传真至:
邮政信箱25903羅利, 北卡
羅來納州27611-5903傳真
號碼919.715.7642

幫助我們防止UI欺詐
通過準確, 及時地回應
索取資料