



North Carolina Department of Commerce Division of Employment Security Unemployment Insurance



Demandeur: _____

Numéro de sécurité sociale: _____ - _____ - _____

A remplir par DES

Examineur: _____

Date de réception: _____

Date de saisie: _____

Instructions: Ce formulaire doit être reçu par Division of Employment Security dans les (14) jours à compter de la fin de semaine pour laquelle vous demandez des prestations. Il doit être envoyé après minuit le samedi, _____ le cachet de la poste faisant foi. Si vous n'envoyez pas votre demande dans les (14) jours à compter de la fin de semaine, vous allez devoir rouvrir votre demande et avoir une semaine de période d'attente non payable.

Les questions suivantes sont applicables uniquement à la semaine de calendrier de 7 jours se terminant à 23h59 le samedi, _____	Semaine se terminant le _____
1. Avez-vous achevé un emploi; terminé un emploi sur appel ou un emploi temporaire au cours de la semaine?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Au cours de la semaine, avez-vous travaillé?	
3. Si vous avez travaillé, écrivez le revenu avant déductions.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Si vous avez travaillé, écrivez le nombre d'heures total de travail.	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Avez-vous cherché du travail?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été en mesure de travailler?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Etiez-vous disponible pour travailler?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Avez-vous refusé une offre d'emploi ou une recommandation?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Avez-vous été à l'école ou suivi une formation?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Seriez-vous prêt à quitter l'école ou une formation ou changer vos horaires afin d'accepter un emploi?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Avez-vous reçu une pension de retraite?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Est-ce que le montant de votre pension de retraite a changé?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Avez-vous reçu une indemnité de cessation d'emploi, de vacances ou de licenciement? Si OUI, entrez le montant brut dans les cases à droite	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

14. Avez-vous reçu une indemnité de vacances ou un bonus? Si OUI, entrez le montant brut dans les cases à droite.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
15. Avez-vous fait une demande ou commencé à recevoir un des éléments suivants: salaire d'invalidité, l'indemnisation des travailleurs, ou l'assurance-chômage d'un autre organisme gouvernemental?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Certification du demandeur: Je _____, certifie que les réponses ci-dessus
(Nom en caractères d'imprimerie)
sont vraies et exactes au meilleur de ma connaissance. Je sais que je peux être poursuivi en justice devant un tribunal de droit pour avoir fait de fausses déclarations et / ou retenu des informations.
Signature du demandeur _____ Date: _____

Veillez uploader le formulaire dûment rempli sur votre compte demandeur sur le site des.nc.gov ou

Envoyez par courrier ou par fax le formulaire rempli à l'adresse suivante:

Post Office Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903
Numéro de fax 919.715.7642

Aidez-nous à prévenir la fraude interface utilisateur
en répondant en temps opportun et avec exactitude aux demandes d'informations