



North Carolina Department of Commerce Division of Employment Security Unemployment Insurance



INTERSTATE REQUEST FOR RECONSIDERATION OF MONETARY DETERMINATION/WAGE CREDITS

1. NOM DU DEMANDEUR (prénom(s), nom)	2. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>-</td><td>X</td><td>X</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		X	X	X	-	X	X	-						
X	X	X	-	X	X	-									
NOM SOUS LEQUEL IL/ELLE A TRAVAILLÉ (si différent)	AUTRES NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (le cas échéant) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>-</td><td>X</td><td>X</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		X	X	X	-	X	X	-						
X	X	X	-	X	X	-									
3. ADRESSE POSTALE LOCALE (n °, rue ou Rte., Ville, État, Code postal)	4. ÉTAT COMPÉTENT	5. ÉTAT QUI TRANSFÈRE													
6. TELEPHONE NO. (Veuillez inclure le code régional) ()															
7. <input type="checkbox"/> Je demande un réexamen de mes semaines / salaires transférés (IB-4) <input type="checkbox"/> Je demande un réexamen du montant des prestations en date du _____ Motifs :															

8. Remplissez ce qui suit si vous n'êtes pas d'accord avec le montant déterminé des salaires / semaines pour la période de référence :

PERIODE DE REFERENCE FIN DU TRIMESTRE	SALAIRE	SEMAINES	NOM DE L'EMPLOYEUR	DATES DE TRAVAIL	
				DE	À
Mars 31, 20__					
Juin 30, 20__					
Sept. 30, 20__					
Déc. 31, 20__					

9. *Remplissez ce qui suit pour tout employeur de la période de référence ne figurant pas sur le montant:

Nom de l'employeur :	DATES DE TRAVAIL		SALAIRES BRUTS DEMANDÉS
	DE	À	
ADDRESS (No., Street or Rte., City, State, ZIP Code)			\$
TYPE DE TRAVAIL EFFECTUE			
ADRESSE DE PAIEMENT (si différente)	SITE DE TRAVAIL (Ville, État)		

REMARQUE : ATTACHEZ LES DOCUMENTS DE SOUTIEN, TELS QUE RELEVÉS DE PAIE, W-2, ETC., SI # 8 OU 9 EST REMPLI.

10. Les faits ci-dessus sont vrais au mieux de ma connaissance et de mes convictions.	SIGNATURE DU DEMANDEUR				
11. Je certifie avoir vérifié le numéro de sécurité sociale du demandeur.	SIGNATURE DU RECEPTEUR DE LA DEMANDE				
Courrier ou Fax : Post Office Box 25903 Raleigh, NC 27611-5903 Numéro de fax (919) XXX-XXXX	12. DATE DE SOUMISSION DE LA DEMANDE <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">EN PERSONNE</td> <td style="text-align: center;">PAR MAIL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	EN PERSONNE	PAR MAIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	EN PERSONNE	PAR MAIL			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DISTRIBUTION : Original et une (1) copie à État compétent / État transférant Copie pour le fichier de l'agent d'état Copie pour le demandeur					

Aidez-nous à prévenir la fraude AC
en répondant avec précision et à temps aux
demandes d'informations