

Division des Solutions de Recrutement Département du Commerce de North Carolina	Demande d'indemnité de Déménagement Acte Commercial de 1974, tel que modifié
--	--

Nom du travailleur (Nom, Prénom, deuxième prénom)	Numéro de sécurité Sociale	Centre du court #	Date de demande
Adresse (No., Rue, Ville, État, Code postal)	Numéro de pétition	État Payeur	Date de Certification

A. Demande du travailleur d'indemnité de déménagement		
Est-ce votre première demande d'indemnité de déménagement en vertu de l'acte Commercial ?		Oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
si non, expliquer : _____		
avez-vous obtenu un emploi convenable, ou avez-vous une offre d'emploi sérieuse ?		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
est-ce que l'employeur payera la totalité ou une partie de vos frais de déménagement ?		Oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> si oui, montant à payer ? _____
Nom et adresse de l'entreprise offrant un emploi :	Titre du poste :	Ville/État de déménagement :
	Salaire \$	Date prévue du déménagement
	Date de début :	Nombre de kilomètres (Aller-retour) :
Personne à contacter :	Numéro de téléphone :	OU Joindre une lettre de vérification

B. Demande du Travailleur pour Remboursement des Appareils Ménagers
FRAIS ESTIMATIFS

1. Transporteur Commercial : (3 offres requises ; offres internet non autorisées)	2. Trailer Hauled by Auto/Mobile Home by Commercial Truck	3. Location de camions (offres non requises)
Nombre de Kilomètres Déménagement	Nombre de Kilomètres	# de kilomètres
	Taux fédéral	Location de camions
Emballage	Est. de Kilométrage total	Remorque transportée par Transporteur Commercial
Assurance	Location de Remorque	
Total	Total	Total

Nom et Adresse du Transporteur Commercial et/ou Location de Camions :	
Nom : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	

C. Demande du Travailleur de Paiement Forfaitaire
Salaire hebdomadaire moyen \$ _____ Multiplié par trois (x 3) = \$ _____

D. Certification du Travailleur
<p>Je communique ces informations pour supporter ma demande d'indemnités de déménagement en vertu de l'Acte Commercial de 1974, tel que modifié. Les informations contenues dans cette demande sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Je comprends que des sanctions sont prévues pour une fausse déclaration volontaire faite pour obtenir des indemnités auxquelles je n'ai pas droit. Je certifie aussi que les fonds reçus seront utilisés pour les fins prévues et je fournirai une preuve des frais comme il est requis par l'Acte Commercial de, tel que modifié.</p>

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR	DATE DE SIGNATURE

E. Détermination du personnel du Centre d'Orientation Professionnelle NCWORKS

- | | |
|--|--|
| 1. Déménagement en dehors de la zone de déplacement du travailleur..... | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 2. Inscrit sur NCWORKS et a bénéficié des services de réemploi..... | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 3. L'individu n'a aucune attente raisonnable d'obtenir un emploi convenable dans la zone de déplacement et a obtenu un emploi convenable à long terme en dehors de la zone de déplacement..... | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 4. La demande du travailleur pour des indemnités de déménagement a été effectuée au plus tard :
425e jour après la date de certification ou cessation d'emploi.....
182e jour après la fin de formation..... | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AAC _____

DATE DE SIGNATURE _____

F. Indemnités de déménagement sont approuvées pour couvrir les frais suivants :

NOTE : tous les taux d'indemnités sont calculés selon l'indemnité quotidienne fédérale

- Vous êtes admissible à recevoir des indemnités de déménagement en vertu de l'Acte Commercial de 1974, tel que modifié.
- Vous n'êtes pas admissible à recevoir des indemnités de déménagement en vertu de l'Acte Commercial de 1974, tel que modifié.
- Raison : _____

FRAIS DE DÉPLACEMENT		FRAIS DE LOGEMENT, REPAS ET FAUX	
1.	Transporteur Commercial		1. Frais de logement maximaux
2.	Total de voiture personnelle	\$	Taux
	<i>Introduire le nombre de kilomètres (aller-retour)</i>		Nombre de nuits
	<i>Introduire le taux par kilomètre fédéral standard</i>		Total
			\$
3.	Autres frais de déplacement		2. Faux frais & de repas maximaux (FF & R)
	Description		Taux
a.			Nombre de jours
b.			Total
			\$
c.			3. Premier et dernier jour (75 % de FF & R)
d.			Taux
			Nombre de jours
	Total des frais de déplacement	\$	Total
	Explication de déplacement :		\$
			4. Autres frais
			a.
			b.
			Total Lodging/Meals/Incidental Expenses
			\$
INDEMNITÉ DE DÉMÉNAGEMENT		Montant forfaitaire	
1	Frais du transporteur commercial ou remorque transportée par un transporteur commercial ou remorque ou camion de location.		Le montant forfaitaire équivaut (3) fois le salaire hebdomadaire moyen. Le maximum admissible est de 1 250,00. \$
2	Kilométrage	\$	Salaire hebdomadaire moyen
	<i>Introduire le nombre de kilomètres pour remorque ou caravane</i>		Montant forfaitaire total
	<i>Enter the Standard Federal Mileage</i>		(salaire hebdomadaire moyen * 3)
			\$
	Total Moving Allowance	\$	Veuillez introduire le montant forfaitaire total ci-dessus
			(Maximum admissible est de 1,250 \$)
	MONTANT TOTAL PAYE	\$	DATE DE PAIEMENT

SIGNATURE DU COORDINATEUR AAC _____

DATE DE SIGNATURE _____

G. Droits d'Appel

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, vous avez le droit de faire appel. Cette décision devient finale à moins qu'un avis d'appel soit déposé dans les 10 jours suivant la date où la décision vous a été présentée ou envoyée. Tout appel doit être déposé par écrit, présenter les raisons d'appel et

être (1) déposé à travers le bureau local où cette demande a été déposée ; (2) envoyé à la Division des Solutions de Recrutement, Attn : Section chargée du Commerce, 4316 Centre de service de courrier, Raleigh, North Carolina 27699-4316 ; ou, (3) envoyé par fax à l'unité des Programmes de Recrutement au (919) 662-4727.

FAIT APPEL Signature du travailleur _____ Date _____

RAISON :