



Ministère du Commerce de l'état de Caroline du Nord
Division de la sécurité de l'emploi
Assurance chômage



Demande de séparation et de renseignements sur le salaire
Loi de 1974 sur le commerce, modifiée en 2002

Employeur _____

 Nom du travailleur (Nom, Prénom, Deuxième prénom)

 Numéro de sécurité sociale

 Numéro de pétition

Informations pour l'employeur : Le travailleur identifié ci-dessus a déposé une demande de détermination des droits aux indemnités de réintégration en vertu de la loi de 1974 sur le commerce, modifiée en 2002. Si le travailleur a travaillé partiellement (séparation partielle) avant de cesser de travailler complètement (séparation totale), veuillez compléter les sections Séparation partielle et totale ci-dessous (la période de référence pour les séparations partielle et totale diffère). Veuillez renvoyer le formulaire complété à l'adresse indiquée ci-dessous dans 15 jours.

Séparation partielle : La période de qualification pour la **séparation partielle** commence le _____ et se termine le _____.

_____/_____/_____ Veuillez entrer le dernier jour travaillé avant la séparation partielle.

(Mois) (Jour) (Année)

Raison de la séparation : **Manque de travail** **Autre** Si "Autre," veuillez expliquer :

 Veuillez entrer le nombre de semaines travaillées au cours de la période de référence pendant lesquelles les gains étaient de 30 \$ ou plus. **(Si le nombre de semaines est inférieur à 26, complétez les points ci-dessous.)**

 Veuillez entrer le nombre de semaines de congé autorisé (congé pour des vacances, de la maladie, des blessures, la maternité, le service militaire actif ou inactif, temps consacré à la fonction de représentant de l'organisation syndicale à temps plein.

 Veuillez entrer le nombre de semaines d'invalidité (congés indemnissables en vertu de la Loi sur les accidents du travail).

Séparation totale : La période de qualification pour la **séparation totale** commence le _____ et se termine le _____.

_____/_____/_____ Veuillez entrer LE PREMIER jour travaillé et

_____/_____/_____ Veuillez entrer LE DERNIER jour travaillé avant la séparation totale.

(Mois) (Jour) (Année)

Raison de la séparation : **Manque de travail** **Autre** Si "Autre," veuillez expliquer :

 Veuillez entrer le nombre de semaines travaillées au cours de la période de référence pendant lesquelles les gains étaient de 30 \$ ou plus. **(Si le nombre de semaines est inférieur à 26, complétez les points ci-dessous.)**

 Veuillez entrer le nombre de semaines de congé autorisé (congé pour des vacances, de la maladie, des blessures, la maternité, le service militaire actif ou inactif, temps consacré à la fonction de représentant de l'organisation syndicale à temps plein.

 Veuillez entrer le nombre de semaines d'invalidité (congés indemnissables en vertu de la Loi sur les accidents du travail).

Employeur _____ Titre _____

Rempli le (date) _____ Numéro de téléphone _____

Envoyer le formulaire rempli par courrier ou par fax à : Post Office Box
Raleigh, NC 27611-5903
Numéro du Fax 919.715.7642

Aidez-nous à prévenir la fraude touchant l'assurance-chômage
en répondant avec précision et en temps opportun
aux demandes d'information

NC CLM 8-55A