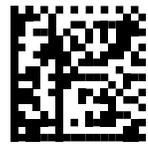




**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance**



999999

Wage Audit - Quarter Wage

nom
AdresseLigne 1
AdresseLigne 2
ville, code postal de la stat
pays

Date d'envoi: 1 Janvier2001
Nom du Demandeur: firstName
middleInitial lastName suffix
SSN:ssn

Dans le cadre de nos efforts continus pour assurer l'intégrité du programme d'assurance-chômage, une vérification de la demande de nom, numéro de sécurité sociale ssnest menée. Cette personne a déposé des prestations d'assurance-chômage pour les semaines indiquées au verso de ce formulaire. Votre nouveau rapport de location pour FEIN montre \$ 0.00 salaires versés à cette personne pendant le mois INCONNU / auditEndYear

VEUILLEZ NOTER: Ce n'est pas une déclaration de frais. Votre réponse rapide peut entraîner des crédits qui pourraient éliminer les frais de votre compte.

Instructions pour l'employeur

**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS SUIVANTES
AVANT D'ESSAYER DE REMPLIR CE FORMULAIRE**

Veillez rapporter les salaires bruts. Bien que votre période de paie soit différente de la semaine de sept jours-calendrier comme demandé sur ce formulaire, veuillez remplir le formulaire pour les semaines spécifiées en utilisant vos relevés de salaire quotidiens, si possible. La semaine de la demande est la semaine du calendrier du dimanche au samedi et comprend la «Date de fin de la semaine». Le demandeur est responsable de déclarer les salaires dans les délais de sept jours. Écrivez les numéros aussi clairement que possible.

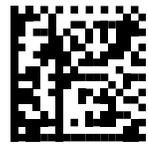
Suivez ces étapes pour compléter la deuxième page de ce formulaire de vérification:

- Point 1 Entrez la première date d'emploi (pas nécessairement la date d'embauche).
- Point 2 Entrez la dernière date effectivement travaillée (le cas échéant).
- Point 3 Entrez le taux de paiement de départ et complétez la case associée au taux de paiement
- Point 4 Cochez les cases correspondant au statut de travail.
- Point 5 Cochez la case appropriée pour la disponibilité des enregistrements d'heure et de paiement originaux.
- Point 6 Cochez la case pour la période de paie utilisée et entrez-la (les) date (s) de fin de période de paie.
- Point 7 Cochez les cases qui s'appliquent pour la semaine de travail standard de la personne.
- Point 8 Cochez le total des heures travaillées par la personne pour les semaines spécifiées
- Point 9 Cochez la date à laquelle la personne a été payée pour la semaine spécifiée
- Point 10 Saisissez le montant du salaire brut gagné pour le travail effectué chaque semaine spécifiée.
- Point 11 Saisissez le montant de toute autre rémunération gagnée par la personne pour les semaines spécifiées.
- Point 12 Entrez dans la colonne "Type d'autre paiement" le numéro approprié parmi les choix ci-dessous:

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 1 - Salaire de
Vacance | 2 - Paiement de
Vacance | 3 - Salaire de Bonus | 4 - Indemnité de
Maladie/ Invalidité |
| 5 -Pension | 6 - Rémunération
Rétroactive | 7- Indemnité de
Licenciement | 8 -Autre |

Help us prevent UI Fraud by responding timely and accurately to requests for information

**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance**



999999

Exemple Les salaires bruts réels ont été de 300,55 \$ et le demandeur a reçu un bonus de 100,00 \$.

Code de saisie de données	Fin de semaine samedi	8.Total des heures travaillées	9. Date de paiement	10. Salaires bruts	11. Autre rémunération	12. Type d'autre solde
1	07/30/2016	40	08/05/2016	300.55	100.00	3

Point 13 Signez et datez le formulaire d'audit dans le bas. Toutes les entrées doivent être validées par votre nom, signature et titre, la date actuelle et votre numéro de téléphone. Veuillez fournir votre adresse e-mail, le cas échéant.

Remarque: Ce formulaire peut être consulté et soumis par notre site Web, des.nc.gov. À partir de la page d'accueil du site Web, choisissez "Services aux entreprises", puis connectez-vous en utilisant votre numéro de compte et votre PIN, cliquez sur le lien Répondre à l'avis de vérification salariale pour répondre.

Nous vérifions les semaines imprimées sur ce formulaire uniquement, ne modifiez pas les dates indiquées.

Nom du demandeur: nom
Nom de l'employeur:nom
Bureau locaux :localOfficeNumber

SSN demandeur:ssn
Acct # employeur:employerAcctNumber

1 Première Date de Travail : _____		5 Les enregistrements horaires et de paiement d'origine sont disponibles si nécessaire				
2 Dernier jour de travail: _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
3 Taux de rémunération \$__per : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine		6 Information sur la période de paiement				
<input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> Semi-mensuelle <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire		<input type="checkbox"/> Mensuelle Période de paie se termine le:				
4 Statut de travail de l'employé (sélectionnez un)		<input type="checkbox"/> Semi-mensuelle Période de paie se termine le:				
<input type="checkbox"/> Toujours employé		<input type="checkbox"/> Bihebdomadaire Période de paie se termine le:				
<input type="checkbox"/> À plein temps <input type="checkbox"/> Sur appel / Au besoin		<input type="checkbox"/> Semaine Période de paie se termine le:				
<input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier seulement		<input type="checkbox"/> Quotidienne (seulement si payé par jour)				
<input type="checkbox"/> Ne travaille plus <input type="checkbox"/> Séparé en raison du manque de travail		7 Jours standard dans la semaine du travail (sélectionnez tous les critères applicables)				
Types de paiement supplémentaire: 1 = salaire de vacances, 2 = paiement de vacances, 3 = Bonus, 4 = Malade / invalidité, 5 = Pension, 6 = rémunération rétroactive, 7 = Indemnité de départ, 8 = Autre rémunération (Veuillez expliquer)		<input type="checkbox"/> Dim <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/> Sam				
Code de Saisie des Données	Date de Fin de Semaine Samedi	8. Total des Heures Travaillées	9.Date de Paiement	10.Salaires Bruts	11. Autres Paiements	12. Type d'autre Paiement
1	01/01/2001	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>	<Variable>

12 Certification de l'employeur: Je certifie par la présente que les informations que j'ai fournies sur ce formulaire sont véridiques et correctes à ma connaissance

Nom en Majuscules	Signature	Titre	Date
Téléphone	Ext	Fax	Adresse E-Mail
			Date d'envoi (poste ou fax)

Vous devez soumettre le formulaire complété dans les 15 JOURS

Mail ou Fax à : Post Office Box25903
Raleigh, NC27611-5903
Numéro de fax 919.857.1296