



North Carolina Department of Commerce Division of Employment Security Unemployment Insurance



INTERSTATE REQUEST FOR RECONSIDERATION OF MONETARY DETERMINATION/WAGE CREDITS

1. दावेदार का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	2. सामाजिक सिक्योरिटी नंबर X X X - X X -	
कार्य संचालक का नाम (यदि अलग हो)	अन्य सामाजिक सिक्योरिटी नंबर (यदि कोई हो) X X X - X X -	
3. स्थानीय डाक पता (नंबर, सड़क या गली, शहर, राज्य, ज़िप कोड)	4. जिम्मेदार राज्य	5. स्थानांतरण राज्य
	6. टेलीफोन नंबर (क्षेत्र कोड सहित) ()	
7. <input type="checkbox"/> मैं अपने हफ्तों/वेतन हस्तांतरण के पुनर्विचार करने का अनुरोध करता हूँ (IB-4) <input type="checkbox"/> मैं आगे लिखी दिनांक को अपने मौद्रिक निर्धारण के पुनर्विचार का अनुरोध करता हूँ _____ कारण:		

8. यदि आप मूल अवधि वाले मजदूरी/हफ्तों की निर्धारित राशि से असहमत हैं, तो निम्नलिखित को पूरा करें:

मूल अवधि तिमाही समाप्ति	वेतन	हफ्ते	नियोक्ता का नाम	काम वाले दिन	
				से	तक
मार्च. 31, 20__					
जून. 30, 20__					
सितंबर. 30, 20__					
दिसंबर. 31, 20__					

9. * निर्धारित सूची पर ना आने वाले किसी भी मूल अवधि नियोक्ता के लिए निम्नलिखित को पूरा करें:

नियोक्ता का नाम:	काम वाले दिन		कुल अनुरोधित वेतन
	से	तक	
पता (नंबर, सड़क या गली, शहर, राज्य, ज़िप कोड)			\$
	किये गये कार्य का प्रकार		
पेरोल पता (यदि अलग हो)	कार्य का स्थान (शहर, राज्य)		

नोट: सहायक दस्तावेज संलग्न करें, जैसे बैंक स्टब, W-2, आदि, यदि #8 या 9 परा हो।

10. ऊपर दिये गये तथ्य मेरी जानकारी और विश्वास के लिए सही है।	दावेदार के हस्ताक्षर
11. मैं प्रमाणित करता हूँ कि मैंने दावेदार के सामाजिक सिक्योरिटी नंबर को सत्यापित किया है।	दावा लेने वाले के हस्ताक्षर
मेल या फैक्स करने हेतु: पोस्ट ऑफिस बॉक्स 25903 Raleigh, NC 27611-5903 फैक्स नंबर (919) XXX-XXXX	12. अनुरोध करने की तरीख स्वयं <input type="checkbox"/> मेल द्वारा <input type="checkbox"/> प्राप्त करने की तारीख
	वितरण: उत्तरदायी राज्य / स्थानांतरित राज्य के लिए मूल दस्तावेज और एक (1) कॉपी एजेंट स्टेट फ़ाइल के लिए कॉपी दावेदार के लिए कॉपी

UI धोखाधड़ी को रोकने में हमारी मदद करें
जानकारी के लिए अनुरोधों का सही और समय पर जवाब देकर