



노스 캐롤라이나 상무부
고용 안정 부문 실업 보험



고용서비스과용

청구자: _____
 사회보장번호: _____

검토자: _____
 받은 날짜: _____
 기호일: _____

지시사항: 본 양식서는 혜택을 청구하는 주의 마지막 일자로부터 14 일 이내로 고용 서비스과가 받아야 합니다. _____, 토요일 자정 이후로 날짜를 기입하셔야 합니다. 위의 기한내로 제출하지 않으실 경우 귀하의 청구안을 다시 신청하여야 하시고 비지불 대기 기간 주를 제공하게 됩니다.

다음 질문은 _____토요일 11:59 자정으로 끝나는 7 일 역일 주에만 적용됩니다. 1. 해당주에 직장을 그만두시고 대기 혹은 임시 직장의 일을 마치셨습니까?	_____로 끝나는 주 네 아니요 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 귀하는 해당 주에 일을 하셨습니까?	
3. 그러하신 경우 공제액 이전의 소득을 기입하십시오.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
4. 그리고 귀하의 총 근무 시간을 작성하십시오.	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. 귀하는 구직 활동을 하셨습니까?	네 아니요
6. 귀하는 일을 하실 수 있었습니까?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 귀하는 일을 할 수 있도록 자리에 계셨습니까?	네 아니요
8. 귀하는 직장 제의나 소개 일자리를 거부하셨습니까?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 귀하는 학교를 다니시거나 훈련에 참여하셨습니까?	네 아니요
10. 귀하는 학교나 훈련을 그만두시거나 귀하의 일정을 변경하여 직장에 나가도록 하시겠습니까?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. 귀하는 연금이나 퇴직금을 받으셨습니까?	네 아니요
12. 귀하는 퇴직금이나 연금 금액이 변경되었습니까?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. 퇴직금, 분리 혹은 휴가 지불금을 받으셨습니까? 네에 해당하시는 경우 오른쪽 상자에 총 금액을 기입하십시오.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
14. 휴가 지불금이나 보너스 지불금을 받으셨습니까? 네에 해당하시는 경우 오른쪽 상자에 총 금액을 기입하십시오.	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
15.	

16. 다음 사항을 신청하시거나 수령하기 시작하셨습니까?: 장애 지불금, 근로자 보상
혹은 타 정부기관으로부터의 비고용 보험

네 아니요

청구자의 증서: 본인 _____은 본인이 아는 한 상기 답변이 진실이고 정확한 것을 보증합니다.

(인쇄체)

본인은 잘못된 진술서 및/혹은 정보의 오류는 법정에서 기소될 수 있는 것을 인지하는 바입니다.

청구자 서명 _____ 일자: _____

작성된 양식서를 청구자 셀프 서비스 des.nc.gov 로 업로드하시거나

우편 발송 혹은 팩스로 제출하여

주십시오:

Post Office Box 25903 Raleigh,
NC 27611-5903
Fax Number 919.715.7642

정확하고 적시에 정보를 요청하는 것에 대한 답변으로서 **비고용 보험 사기를 방지하는 것을 도와주십시오.**

NC CLM 506D