노스 캐롤라이나 주 상무부 고용 안정 실업 보험 부문

999999

임금 감사 – 신규 채용자

우송일: 9999 년 9 월 9 일
청구인 이름: SUSAN DOE
SSN: XXX-XX-XXXX

SUSAN DOE
888 NORTH 10TH STREET
SILER CITY, NC 27344

실업급여 프로그램의 무결성을 보장하기 위한 지속적 노력의 일환으로 이름, 사회보장번호 xxx-xx-1234 의 청구에 대한 감사가 진행되고 있습니다. 본 개인은 본 양식 이면에 기재된 주에 대해 실업급여를 신청하였습니다. 귀하의 FEIN 신규 채용자 보고에 따르면 본 개인은 월/년 동안 고용되었습니다. 고용: UNKNOWN/auditEndYear

주: 이는 비용명세서가 아닙니다. 귀하의 신속한 답변은 귀하의 계정에 대한 비용을 해소할 수 있는 크레딧이 생성될 수 있습니다.

고용주 지침

본 양식을 작성하기 전에 아래 지침을 꼼꼼히 읽으십시오.

총임금을 신고하십시오. 귀하의 급여지불 기간은 본 양식에서 요청하는 7 일 역주와 다를 수 있지만, 가급적 귀하의 일일 임금 기록을 이용하여 지정되는 주에 대해 양식을 작성하십시오. 청구 주는 일요일부터 토요일까지 역주이며 "주 종료일"이 포함됩니다. 청구인은 해당 7 일 기한 안에 임금을 신고할 책임이 있습니다. 숫자는 가급적 명확히 기재하십시오.

아래 단계에 따라 본 감사 양식 2 페이지를 작성하십시오:

1항 최초 고용일을 입력하십시오(반드시 고용일이 아니어도 됨).
2항 실제로 근무한 최종일을 입력하십시오(해당되는 경우).
3 항 최초 지급 요율을 입력하고 임금률에 대한 상자를 입력하십시오.
4 항 해당 업무 현황 상자를 입력하십시오.
5 항 시간 및 임금 기록 원본의 가용성에 대해 적절한 상자를 입력하십시오.
6 항 사용된 지불 기간 상자를 입력하고 지불 기간 종료일을 입력하십시오.
7 항 개인의 표준 업무 주에 적용되는 상자를 입력하십시오.
8 항 지정 주에 대해 개인이 근무한 총 시간을 입력하십시오.
9 항 지정 주에 개인에게 지급된 날짜를 입력하십시오.
10 항 각 지정 주에 이행된 근무에서 획득되는 총임금액을 입력하십시오.
11 항 지정 주에 대해 개인이 획득한 기타 임금액을 입력하십시오.
12 항 아래 유형에서 적절한 번호를 "기타 임금 유형" 란에 입력하십시오:

1 – 휴일 임금　2 – 휴가 임금　3- 상여금　4 – 병가 급여/장애
5 - 연금　6 – 체불 임금　7 - 퇴직금　8 - 기타

정보 요청에 신속하고 정확하게 답변하여 UI 사기 방지에 도움을 주십시오.

노스 캐롤라이나 주 상무부 고용 안정 실업 보험 부문

999999

예: 실제 총임금은 $000.0 이고 청구인은 상여금 $000.00 을 수령하였습니다.

데이터 입력 코드	주 종료일 토요일	8. 총 근무시간	9. 지급일	10. 총임금	11. 기타 임금	12. 기타 임금 유형
X	99/99/9999	XX	99/99/9999	000.00	000.00	X

13 항. 감사 양식 하단에 기명하고 날짜를 기입합니다. 전체 입력 내용은 귀하의 이름, 서명 및 직급, 현재 일자, 전화번호로 검증해야 합니다. 해당 이메일 주소를 제공하십시오.

주: 본 양식은 동 국의 웹사이트 des.nc.gov를 통해 접속 및 제출할 수 있습니다. 웹사이트 홈페이지에서 "기업 서비스"를 선택하고 귀하의 계정번호 및 PIN 을 이용하여 로그인한 후 임금 감사 고지 답변을 클릭하여 답변을 작성하십시오.

동 국은 본 양식에 인쇄된 주만 감사합니다. 표시된 일자는 변경하지 마십시오.

청구인 이름: SUSAN DOE
고용주 이름: name
지방 사무소: localOfficeNumber

청구인 SSN: XXX-XX-XXXX
고용주 Acct #: employerAcctNumber

1 최초 근무일: _____
2 최종 근무일: _____

3 임금률$_____기준: ☐ 시간 ☐ 주 ☐ 개월 ☐ 년
☐ 월 2 회 ☐ 주 2 회

4 직원 근무 현황(택일)

☐ 계속 고용
☐ 상근직 ☐ 요청/요구 시
☐ 시간제 ☐ 계절 전용
☐ 미고용 ☐ 업무 부족으로 해고

기타 임금 유형: 1=휴일, 2=휴가, 3=상여금, 4=질병/장애, 5=연금, 6=체불임금, 7=퇴직금, 8=기타 임금(자세히)

5 필요한 경우 시간 및 임금 기록 원본을 제출합니다.
☐ 예 ☐ 아니요

6 지불 기간 정보
☐ 매월 지불 기간 종료일: _____
☐ 월 2 회 지불 기간 종료일: _____
지불 기간 종료일: _____ ☐
주 2 회
☐ 매주 지불 기간 종료일: _____
지불 기간 종료일: _____
☐ 매일(매일 지급에 국한)

7 근무주의 표준일(해당 사항을 모두 선택하십시오)
☐ 일 ☐ 월 ☐ 화 ☐ 수 ☐ 목 ☐ 금 ☐ 토

데이터 입력 코드 주 종료일 토요일		8. 총 근무 시간	8. 지급일	10. 총임금	11. 기타 임금	12. 기타 임금 유형
1	9999 년 99월 99 일	<가변>	<가변>	<가변>	<가변>	<가변>

12 고용주 증명: 본인은 이에 본 양식에 제시된 정보가 사실과 부합한다고 증명합니다.

정자체 _____ 서명 _____ 직급 _____ 날짜 _____

전화 _____ 내선번호 _____ 팩스 _____ 이메일 주소 _____ 우송 또는 팩스전송일 _____

15 일 안에 작성을 완료한 양식을 제출하십시오.

우편 또는 팩스 주소:
우체국 상자 25903
Raleigh, NC 27611-5903
팩스 번호 919.857.1296