

North Carolina Department of Commerce Division of Employment Security Unemployment Insurance



INTERSTATE REQUEST FOR RECONSIDERATION OF MONETARY DETERMINATION/WAGE CREDITS

1. ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (имя, отчество, фамилия)	2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table>	X	X	X	-	X	X	-				
X	X	X	-	X	X	-						
ИМЯ, ПОД КОТОРЫМ РАБОТАЛ (если отличается)	ДРУГОЙ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (если есть) <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">X</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">-</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table>	X	X	X	-	X	X	-				
X	X	X	-	X	X	-						
3. МЕСТНЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (Номер, улица или дор., город, штат, почтовый индекс)	4. ОТВЕТСТВЕННЫЙ ШТАТ	5. ШТАТ ПЕРЕДАЧИ										
	6. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (включая территориальный код) ()											
7. <input type="checkbox"/> Запрашиваю повторное рассмотрение своих переданных недель/заработной платы (IB-4) <input type="checkbox"/> Запрашиваю повторное рассмотрение своей денежной надбавки от _____ Причины:												

8. Заполните следующее, если Вы не соглашаетесь с определенной суммой заработной платы/недели базового периода:

БАЗОВЫЙ ПЕРИОД	ЗАРABOTНАЯ ПЛАТА	НЕДЕЛИ	ИМЯ РАБОДАТЕЛЯ	РАБОЧИЕ ДНИ	
КВАРТАЛ ЗАКОНЧИВШИЙСЯ				С	ПО (ВКЛ.)
31 марта 20__					
30 июня 20__					
30 сентября 20__					
31 декабря 20__					

9. * Заполните следующее для любого базового периода работодателя не перечисленного в определении надбавки:

Имя работодателя:	РАБОЧИЕ ДНИ		ТРЕБУЕМАЯ ВАЛОВАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА
	С	ПО (ВКЛ.)	
АДРЕС (Номер, улица или дор., город, штат, почтовый индекс)	ТИП ИСПОЛНЕННОЙ РАБОТЫ		\$
АДРЕС ПЛАТЕЖНОЙ ВЕДОМОСТИ (если отличается)	РАБОЧЕЕ МЕСТО (город, штат)		

ПРИМЕЧАНИЕ: ПРИКРЕПИТЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ, ТАКИЕ КАК КВИТАНЦИИ, W-2 И Т.Д., ЕСЛИ ЗАПОЛНЕНЫ #8 ИЛИ 9.

10. Насколько мне известно вышеупомянутые факты верны	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ			
11. Подтверждаю, что проверил номер социального страхования заявителя.	ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРИНИМАЮЩЕГО ПРЕТЕНЗИИ			
Пришлите почтой или факсом: Почтовый ящик 25903 Raleigh, NC 27611-5903 Номер факса (919) XXX-XXXX	12. ДАТА ПОДАЧИ ЗАПРОСА	ЛИЧНО <input type="checkbox"/>	ПОЧТОЙ <input type="checkbox"/>	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ
	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ: Оригинал и одна (1) копия в Ответственный штат/штат передачи Копия в файл Госчиновника Копия заявителю			

Помогите нам предотвратить UI мошенничество

отвечая точно и своевременно
на запрашиваемую информацию