

Перевод с английского языка

[Логотип: СК (Северная
Каролина)]

Департамент торговли штата
Северная Каролина
Отдел гарантии занятости
Страхование по безработице

[QR-код]
999999

Подтверждение найма нового сотрудника

ДЖЕК Т ХУБЕР (John Doe)
888 North 10th Street
Siler City, NC 27344-2421

Дата отправки: 24 февраля, 2017 года
ИН заявителя: 1234567
Дата вступления заявления в силу: 1 января,
2001 года

Национальный каталог новых сотрудников позволил настоящему агентству получить информацию о том, что трудоустройство от вашего имени началось 1 января 2001 г. Предполагаем, что вы рады тому, что ваши усилия по поиску места работы увенчались успехом. Тем не менее, согласно нашим записям, вы продолжали подавать еженедельные засвидетельствованные документы после 1 января 2001 года. Мы связались с этим работодателем и выразили просьбу о предоставлении агентству информации о ваших валовых еженедельных доходах. Если вы еще этого не сделали, вы должны немедленно прекратить подавать свои еженедельные засвидетельствованные документы, не предоставив информации о ваших валовых еженедельных доходах. Кроме того, необходимо ваше согласие или отказ от предоставления данной информации. Ответьте на приведенные ниже вопросы.

1. Сообщали ли вы о работе от своего имени?

Да (если ДА, когда вы сообщали о работе? _____)

Продолжайте отвечать на вопросы 2 и 3).

Нет (если НЕТ, не отвечайте на вопросы 2 и 3, перейдите к полю «Дополнительные комментарии» ниже и объясните, по каким причинам информация, предоставленная работодателем, неверна).

2. Предоставляли ли вы информацию о своей валовой заработной плате за работу, выполняемую в процессе еженедельного засвидетельствования документов посредством интернета или телефона? Если НЕТ, то почему? (Если требуется дополнительное место, используйте отдельный лист бумаги.)

3. Работаете ли вы все еще от своего имени?

Да

Нет Если нет, укажите дату последнего рабочего дня Дата: _____

Вы должны ответить в течение (7) дней от даты отправки этого письма. **Непредоставление ответа в соответствии с указаниями может привести к лишению вас прав на получение пособий или к переплате, которую вы должны будете погасить.**

Ваши дополнительные комментарии:

Подпись: _____ Дата: _____ Номер телефона: _____

Если у вас есть вопросы касательно данной формы, пожалуйста, свяжитесь с
Подразделением по работе с новыми сотрудниками по номеру 919.707.1338.

Пожалуйста, загрузите заполненную форму в ваш кабинет работодателя на сайте des.nc.gov
или отправьте письмо/ факс по адресу:

Post Office Box 25903
Raleigh, NC 27611-5903
Fax Number 919.857.1296

Помогите предотвратить незаконное получение страхования по безработице –
предоставьте точную и своевременную информацию по запросу.

Форма NC BI 527