

**North Carolina Department of  
Commerce Division of Employment  
Security Unemployment Insurance**



Name
Address
Address2
City, State, Zip

Дата отправки: XXXXXXXXXXXX XX, XXXX  
Номер SSN: XXX-XX-1111

XXXXXXXXXXXXXXXXX доведено до нашего сведения, что от вас поступило заявление о выплате страхового пособия в этом штате со сроком, заканчивающимся XX/XX/XXXX. Однако, по данному заявлению вы признаны неспособным на неопределенный период. Вам необходимо связаться с отделом гарантии занятости по тел. 1-888-737-0259 в течение десяти (10) дней с даты отправки настоящего уведомления для того, чтобы подтвердить, можете ли вы быть восстановлены в правах. Если вы не предоставите сведения в течение десяти (10) дней с даты отправки, мы:

- (1) возместим всю заработную плату, затребованную в заявлении по совокупной заработной плате и
- (2) аннулируем ваше заявление в штате North Carolina.

При контакте с отделом гарантии занятости ссылайтесь на данное уведомление.