

|  |  |
|--|--|
| <b>Департамент торговли штата North Carolina</b><br><b>Отдел по вопросам трудоустройства</b> | <b>Заявление на получение пособия на поиск работы</b><br><b>Закон о торговле от 1974 г. с поправками</b> |
|--|--|

|  |                    |                 |                |
|--|--------------------|-----------------|----------------|
| Имя работника (фамилия, имя, второе имя)         | № соц. страхования | Центр затрат #  | Дата заявления |
| Адрес (дом, улица, город, штат, почтовый индекс) | № заявления        | Штат-плательщик | Дата заверения |

**А. Заявление работника на получение пособия на поиск работы**

|   |                                    |  |  |
|---|------------------------------------|--|--|
| 1. Потеряли ли Вы частично или полностью понесшее убытки место работы за прошедший год? <b>ДА</b> <input type="checkbox"/> <b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/><br>2. Это Ваше первое заявление на получение пособия на поиск работы по закону о торговле от 1974 г с поправками? <b>ДА</b> <input type="checkbox"/> <b>НЕТ</b> <input type="checkbox"/> |                                    |  |  |
| 3. <b>Название и адрес компании, в которой назначено собеседование:</b>   | Дата собеседования:                | Претендуемая должность:                      |  |
|   | Дата выезда:                       |  |  |
|   | Дата планируемого возврата:        |  |  |
|   | Расстояние, мили: (туда и обратно) |  |  |
| 9. Контактное лицо:   | Телефон номер:                     | <b>ИЛИ приложите подтверждающий документ</b> |  |

**В. Заверение работника**

Я предоставляю эти данные для обоснования заявления на получение компенсации расходов на переезд в соответствии с законом о торговле от 1974 г. с поправками. Данные, указанные в настоящем заявлении, являются правильными и полными на основании известной мне информации. Я понимаю, что за умышленный обман с целью получения не положенной мне компенсации налагается штраф.

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| ПОДПИСЬ РАБОТНИКА | ДАТА ПОДПИСИ |
|-------------------|--------------|

**С. Оценка персонала центра NCWORKS**

|  |  |
|--|--|
| 1. Зарегистрирован в службе занятости и получает услуги по поиску нового места работы.....   | ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> |
| 2. Лицо не имеет достаточных оснований для поиска трудоустройства в пределах зоны регулярных поездок <u>и</u> имеет основания найти подходящую работу на долгосрочной основе за пределами зоны регулярных поездок..... | ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> |
| 3. Заявление на получение компенсации расходов на переезд написано не позднее, чем на:   | ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> |
| а. 365-й день с даты заверения или потери работы .....   | ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> |
| б. 182-й день с даты завершения обучения .....   | ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> |
| 4. Заявитель согласен с направлением на работу с помощью ОВТ.....  | ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> |

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| ПОДПИСЬ ОТВЕТСТВЕННОГО МЕНЕДЖЕРА ТАА | ДАТА ПОДПИСИ |
|--------------------------------------|--------------|

### D. Оценка агентства штата

На основании предоставленных Вами данных сделана следующая оценка:

- a.  Вы имеете право на получение пособия на поиск работы в соответствии с законом о торговле от 1974 г. с поправками.  
b.  Вы не имеете право на получение пособия на поиск работы из-за отсутствия подтверждения о прохождении собеседования по трудоустройству.  
c.  В пособии на поиск работы отказано по следующей причине(-ам): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ КООРДИНАТОРА ТАА ОТ ШТАТА

ДАТА ПОДПИСИ

### E. Результаты подбора вакансий

Данный раздел должен быть заполнен, подписан и датирован работником, и представлен координатору ТАА перед тем, как будет произведена компенсация расходов.

| Название компании | Дата собеседования | Имя проводящего собеседование | Результат    |
|-------------------|--------------------|-------------------------------|--------------|
| 1.                |                    |                               |              |
| 2.                |                    |                               |              |
| ПОДПИСЬ РАБОТНИКА |                    |                               | ДАТА ПОДПИСИ |

### F. Компенсация расходов по поиску работы в следующем объеме:

| РАСХОДЫ НА ПРОЕЗД   | Фактические затраты | Размер компенсации |
|---|---------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> а. Коммерческий перевозчик                     | \$                  | \$                 |
| <input type="checkbox"/> б. Личный автомобиль (милей )                  | \$                  | \$                 |
| <input type="checkbox"/> Проживание (кол-во ночей по факт. сут. ставке) | \$                  | \$                 |
| <input type="checkbox"/> Питание (кол-во дней по факт. сут. расходам)   | \$                  | \$                 |
| <b>ВСЕГО</b>  | \$                  | \$                 |

### G. Право на обжалование

Если Вы не согласны с данной оценкой Вы имеете право обжаловать решение. Если в течение 10 дней с даты предоставления или отправки Вам данной оценки Вы не предоставляете заявление об обжаловании, настоящая оценка считается окончательной. Заявление об обжаловании должно быть оформлено в письменной форме, содержать причины обжалования и должно быть (1) доставлено в ОВТ, в котором было оформлено данное заявление; (2) отправлено почтой по адресу: Trade Unit, Workforce Solutions 4316 Mail Service Ctr., Raleigh, NC 27699-4316; или (3) отправлено факсом в отдел по вопросам трудоустройства по номеру (919) 662-4727.

Обжаловано \_\_\_\_\_  
Подпись РАБОТНИКА

\_\_\_\_\_ ДАТА

Причина(ы) обжалования:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_