

Перевод с английского языка

[Логотип: СК (Северная Каролина) Департамент Торговли в Северной Каролине [QR-код]
Каролина)]
**Отдел Гарантии Занятости
Страхование по Безработице**

Добровольное согласие на вычет налога на прибыль и/или прямого зачисления средств
страхового пособия по безработице

Имя: _____ Номер социальной страховки: _____

Адрес: _____

**СЭКОНОМЬТЕ СВОЕ ВРЕМЯ И МЕСТО
НА БУМАГЕ.
ПРЕДОСТАВЬТЕ НЕОБХОДИМУЮ
ИНФОРМАЦИЮ В РЕЖИМЕ ОН-ЛАЙН.**

Пособия по безработице подлежат налогообложению и должны вноситься в учеты в качестве доходов согласно федеральным декларациям по налогам и декларациям по налогам, взимаемым властями штатов. Вы можете предоставить согласие на то, чтобы Отдел Гарантии Занятости (DES) удерживал часть Ваших доходов на еженедельной основе с целью покрытия Ваших налоговых обязательств. В случае отказа от удержания налогов, Вы можете производить ежеквартальные выплаты расчётной суммы налога. Для получения более подробной информации обращайтесь в Службу внутренних доходов (IRS) по адресу www.irs.gov или в Департамент государственных сборов в Северной Каролине по адресу www.dorn.com. Дебетовая карта Отдела Гарантии является стандартным инструментом для выплаты пособий. Для получения карты может потребоваться до 10 рабочих дней. Вы можете выбрать опцию непосредственного зачисления средств по пособиям на Ваш банковский счет. Для регистрации запроса о прямом перечислении пособий следует перейти на сайт www.ncesc.com и нажать на ссылку «Обновить информацию о банковском счете для выплаты пособий». Для удержания налогов нажмите ссылку «Обновить информацию о федеральной /штатной ставке налогов». Если Вы предоставляете указанную информацию в режиме онлайн, нет необходимости в направлении этой формы по указанному ниже почтовому адресу или номеру факса. Удержание налогов и/или прямое зачисление средств начнется после получения и обработки настоящей формы.

Добровольное согласие на вычет и удержание налога на прибыль

Отметка «X» в соответствующей ячейке (ячейках) отображает мое добровольное согласие на последующие удержания из моих страховых пособий по безработице. Я понимаю, что указанные налоговые вычеты будут осуществлены только после того, как будут сделаны другие обязательные отчисления, такие как выплаты по уходу за ребенком.

Федеральный налог на прибыль в размере 10% от валовой еженедельной суммы пособия. (Настоящая ставка не подлежит изменениям.)

Штатный налог на прибыль в размере _____ % от валовой еженедельной суммы пособия. (Следует указать ставку налога. Часть процента, десятичные числа или суммы в долларах США не принимаются к обработке. Следует указать исключительно целое число)

Поставьте подпись ниже.

Добровольное согласие на прямое перечисление страхового пособия по безработице

Я разрешаю Отделу Гарантии Занятости перечислять мое страховое пособие по безработице на следующий счет (выберите один вариант):

ПРИМЕТКА: Если у Вас открыт счет в банке Credit Union или Savings and Loan, пожалуйста, проверьте маршрутный номер, а также номер счета, и заполните следующие ячейки:

- **Операции с чеками** – следует приложить копию чека. Напишите "VOID" ("НЕДЕЙСТВИТЕЛЕН") на лицевой стороне чека.
- **Сбережения** (депозитные чеки и предварительные чеки не принимаются к обработке. В случае перечисления средств в режиме онлайн отправление аннулированного чека не требуется).

Название банка _____

Маршрутный номер банка

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Номер банковского счета _____

Я понимаю, что любые предоставленные мной официальные разрешения будут оставаться в силе в течение срока действия моей заявки на получение страхового возмещения по безработице. Я также понимаю, что любой запрос об изменении любой части настоящего официального разрешения должен быть предоставлен в письменной форме.

Подпись (обязательно) _____ *Дата:* _____

*****ПОДАЧА НАСТОЯЩЕЙ ФОРМЫ НА РАССМОТРЕНИЕ НЕ ГАРАНТИРУЕТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЙ*****

Просьба загрузить заполненную форму в кабинет самообслуживания заявителя на сайте des.nc.gov.

Либо направить письмо или факс по адресу: почтовый ящик **25903**,

Роли, Северная Каролина **27611-5903**

Номер факса: **919.715.7642**

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

Форма NC CLM 500TW