



North Carolina
Department of Commerce
Division of Employment Security
Post Office Box 25903 Raleigh, North Carolina

XXX XXXXX, *Gobernador*
XXXXXX XXXXXX, *Secretario*

XXXXXX XXXXXX, *Subsecretario*

Septiembre 5, 2017

NOMBRE DEL RECLAMANTE
DIRECCIÓN POSTAL DEL RECLAMANTE

RE: Se necesita información adicional

XXX-XX-

A quien corresponda:

Se necesita información adicional para completar su reclamo de seguro de desempleo. Comuníquese con el Centro de asistencia al cliente dentro de 5 días o a más tardar dentro de . Nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Hora oficial del Este, de lunes a viernes. En caso de no comunicarse con nosotros dentro del periodo designado podría repercutir negativamente sus beneficios de seguro de desempleo.

Quedamos a la espera de poder atenderle.

Atentamente

División de Seguridad de Empleo

CCC 001