



North Carolina Department of Commerce  
Division of Employment Security  
Unemployment Insurance



Control De Calidad

Fecha:

Nombre  
Dirección  
Dirección2  
Ciudad, Estado, Código Postal

Lote No.

Re: SS No. XXX-XX-

Estimado ,

Falló al reporta al Oficina Local de su primera cita programada el , en .m, y su segunda cita programada el , en .m. Como se indicó en las cartas anteriores del informe enviadas a su dirección de registro, su reclamo está entre los seleccionados al azar como parte de un Programa Federal de Medición de Precisión de Beneficios. El programa se usa para determinar si las solicitudes de beneficios de seguro de desempleo se pagan adecuadamente de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales, y su participación es requerida por la ley.

Deberá completar el cuestionario adjunto en su totalidad y devolverlo dentro de cinco (5) días hábiles en el sobre con franqueo pagado a la dirección ya escrita, o sus beneficios serán descontinuados debido a que no se reportó para esta investigación.

SAMPLE

**DE NUEVO, ES EXTREMADAMENTE IMPORTANTE QUE COMPLETE EL CUESTIONARIO INCLUIDO Y LO DEVUELVA DENTRO DE CINCO (5) DÍAS HÁBILES. EL NO REGRESAR EL CUESTIONARIO SEGÚN LO DIRIGIDO Y PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN NECESARIA AFECTARÁ SU ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE SEGURO DE DESEMPLEO.**

Si necesita ayuda para completar este cuestionario, comuníquese conmigo al número que aparece a continuación, entre las horas de 8:00 am y 5:00 pm, de lunes a viernes. Si no estoy disponible para atender su llamada, por favor deje su nombre y apellido, los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social y un número de teléfono de trabajo donde pueda ser contactado.

Gracias,

Investigador de Control de Calidad

Teléfono:

Fax:

**¡Ayúdenos a prevenir el fraude de Seguro de Desempleo!**

Reporte cualquier sospecha de Fraude en línea por: [des.nc.gov](http://des.nc.gov)

QC-5D

Oficina Postal 25903 Raleigh, North Carolina 27611-5903