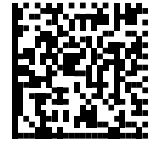


**Departamento de Comercio de Carolina del Norte**  
**División de Seguridad de Empleo Seguro de Desempleo**



**SOLICITUD INTERESTATAL DE RECONSIDERACIÓN DE LA DETERMINACIÓN  
 MONETARIA/CRÉDITOS SALARIALES**

1. NOMBRE DEL RECLAMANTE (Primer, Segundo, Apellido)		2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
NOMBRE BAJO EL CUAL TRABAJÓ (en caso de ser diferente)		OTRÓNÚMERO SEGURO SOCIAL (si existe) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. DIRECCIÓN POSTAL LOCAL (No., Calle o Ruta., Ciudad, Estado, Código Postal )		4. ESTADO RESPONSABLE	5. ESTADO A TRANSFERIR
		6. NO. TELEFÓNICO (incluirl Código de Área) (      )	
7. <input type="checkbox"/> Solicito la reconsideración de mis semanas/salarios transferidos (IB-4) <input type="checkbox"/> Solicito la reconsideración de mi determinación monetaria de fecha _____ Razones:			

8. Llene los siguientes campos si está en desacuerdo con el monto determinado de salarios/semanas base:

PERIODO BASE FINAL DEL TRIMESTRE	SALARIOS	SEMANAS	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHAS TRABAJADAS	
				DESDE	HASTA
Mar. 31, 20__					
Jun. 30, 20__					
Sep. 30, 20__					
Dic. 31, 20__					

9. \*Llene los siguientes campos para cualquier empleador de periodo base no mencionado en la determinación:

Nombre del Empleador:	FECHAS TRABAJADAS		SALARIOS BRUTOS SOLICITADOS
	DESDE	HASTA	
DIRECCIÓN (No., Calle o Ruta., Ciudad, Estado, Código Postal )			\$
	TIPO DE TRABAJO REALIZADO		
DIRECCIÓN DE NÓMINA (si es diferente)	SITIO DE TRABAJO (Ciudad, Estado)		

**NOTA: ADJUNTE LOS DOCUMENTOS DE SOPORTE TALES COMO LOS TALONES DE CHEQUES, W-2, ETC, SI LLENO EL #8 O EL #9**

10. La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.	FIRMA DEL RECLAMANTE			
11. Certifico que he verificado el número de seguro social del reclamante.	FIRMA DEL AGENTE DE RECLAMACIONES			
Envíe por correo o por fax a: Post Office Box 25903 Raleigh, NC 27611-5903 No. Fax (919) XXX-XXXX	12. FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD	EN PERSONA <input type="checkbox"/>	POR CORREO <input type="checkbox"/>	FECHA RECIBIDO
	DISTRIBUCIÓN: Original y una (1) copia a Estado Responsable/ Estado a Transferirse Copia al archivo del estado agente Copia a reclamante			

**Ayúdenos a evitar el Fraude de Seguro de Desempleo**  
 respondiendo oportunamente y con precisión a las solicitudes de información