



**North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance**



AVISO DE RECLAMO INICIAL Y CARGOS POTENCIALES A SU CUENTA

NÚMERO DE REPORTE DEL EMPLEADOR: _____

FECHA DE AVISO: _____

Número de Seguro Social	Nombre del Reclamante	Comienzo del año de Beneficio	Monto del Beneficio Semanal	Ganancias	Porcentaje Total de Salarios de Período Base	Máximo de Cargos Potenciales	
				SALARIOS DE PERÍODO BASE (POR TRIMESTRES)			
		TRI/AÑO	SALARIOS PAGADOS	TRI/AÑO	SALARIOS PAGADOS		

AVISO IMPORTANTE: Para solicitar que no se realicen cargos, se requiere una respuesta dentro de 15 días. La información e instrucciones están debajo.

INSTRUCCIONES: En el espacio debajo, ingrese la razón de la separación del reclamante del empleo. Si el reclamante renunció, ingrese la razón dada por el empleado (**si no hubo razón, ingrese una declaración a tal efecto**). Si el reclamante fue despedido, describa el acto(s) que resultó en el despido. Si el reclamante está aun empleado, explique el estatus laboral, ejemplo. Horas, tiempo completo, medio tiempo, a disposición, igual como cuando fueron reportados los salarios de período base. Asegúrese de ingresar el último día trabajado y de marcar el tipo de separación. Si necesita espacio adicional, use el reverse de este formulario.

- Ingrese ultimo día trabajado (mes/día/año): _____
- Ingrese y marque para identificar la razón de su solicitud de no realizarle cargos: () RENUNCIÓ () DESPEDIDO
() AÚN EMPLEADO
() DESPEDIDO EN LOS 100 DÍAS POR IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR TRABAJO DISPONIBLE – PRIMER DÍA TRABAJADO (MESDÍA AÑO) ____ ____
- Ingrese el motive de la separación o explique el estatus laboral del asegurado: _____

Firma

Título

Número de Teléfono

Fecha

INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE NO REALIZAR CARGOS

- NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO **si** usted cesó a este reclamante por falta de trabajo (bien sea permanente o temporal). Retenga el formulario para referencia futura. Cargos podrían aplicarse a su cuenta de evaluación con base a experiencias como resultado del cese.
- DEVUELVA ESTE FOMRULARIO **Si** una de las siguientes condiciones de la ley (Sección 96-11.3) aplican:
 - El reclamante renunció al trabajo sin buena causa atribuible al empleador;
 - El reclamante fue despedido por mala conducta con relación al trabajo;
 - El reclamante fue despedido en los primeros 100 días de empleo por no poder realizar el trabajo para el que fue contratado.
 - El reclamante aún está empleado bajo, sustancialmente, las mismas condiciones (horas y tarifa de pago) como cuando fueron reportados los salarios de período base listados arriba.
- Si este formulario está marcado como REVISADO **y** usted solicitó que no le realicen cargos en el Formulario NCUI 551 original, no es necesario completar y devolver el formulario revisado.
- Si el reclamante no trabajó para usted o los Salarios de Período Base son incorrectos, haga una nota a tal efecto en el formulario y devuélvalo.
- Si el reclamante trabajó para un antiguo dueño de su negocio y usted adquirió la cuenta de evaluación con base a experiencias, también adquirió la responsabilidad por cargos de beneficios.
- Si usted tiene trabajo para este reclamante, haga la oferta directamente al reclamante. Si el reclamante se rehúsa a su oferta de trabajo, notifique al Centro de Llamadas de Empleadores al 919.707.1150 o

1.866.278.3822. La siguiente información es necesaria: Nombre y su posición, su número telefónico, fecha de la oferta de trabajo, fecha del rechazo, tipo de trabajo ofrecido, tarifa de pago ofrecida, horas de trabajo, días de trabajo, ubicación del trabajo, razón que dio el reclamante al empleado para rechazar la oferta de trabajo

Por favor cargue este formulario e información solicitada al Portal de Autoservicio de su reclamante al des.nc.gov o

Envíe correo o Fax con el formulario completado a:

Apartado Postal 25903

Raleigh, NC 27611-5903

Número de Fax 919.XXX.XXX