



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



Fecha: XX/XX/XXXX

Nombre  
Dirección  
Dirección 2  
Ciudad Estado Código Postal

ID del Reclamante:

**POR FAVOR, LEA:**

**Notificación De Terminación de Beneficios Extendidos (EB)**

El XXXXXXXXXX XX, XXXX, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos notificó a la División de Seguridad de Empleo que Carolina del Norte ya no califica para participar en el Programa de Beneficios Extendidos. La última semana pagable de Beneficios Extendidos es la semana que termina XXXXXXXXXX XX, XXXX.

Si no agota su EB con la semana que termina en XXXXXXXXXX XX, XXXX no recibirá el derecho de EB restante.

Si tiene inquietudes sobre este asunto, visite nuestro sitio web [www.des.nc.gov](http://www.des.nc.gov), o llámenos al 1-888-737-0259.

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

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

Oficina Postal 25903 Raleigh,  
North Carolina 27611-5903