



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



Aviso de Reclamo de Desempleo, Salarios Reportados y Cargos Potenciales

FECHA:

EAN (Número de Cuenta del Empleador):

Usted es el **ÚLTIMO** empleador del reclamante, así como un empleador de período base. Este formulario es para notificarle los posibles cargos a su cuenta. Este formulario no puede usarse para solicitar un no cobro. La determinación de cobrarsele o no cobrarsele se basará en el motivo de la separación que usted proporcione en respuesta a la Solicitud de Información de Separación, NCCLM 500AB. Si no responde oportuna y adecuadamente al NCCLM 500AB, el reclamante puede recibir beneficios y su cuenta será cargada. Puede responder al NCCLM 500AB ingresando a su portal de empleador en des.nc.gov.

NOMBRE DEL RECLAMANTE: _____ PORCENTAJE DEL TOTAL DE LOS SALARIOS DEL PERÍODO BASE: _____

SSN (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL): _____ MÁXIMO DE CARGOS POTENCIALES: _____

INICIO DEL AÑO DE BENEFICIOS: _____

MONTO SEMANAL DE BENEFICIOS: _____

INGRESOS PERMITIDOS: _____

SALARIOS POR TRIMESTRE MONTO/AÑO: _____
 MONTO/AÑO: _____
 MONTO/AÑO: _____
 MONTO/AÑO: _____

SOLO REGRESE ESTE FORMULARIO DENTRO DE 15 DÍAS SI ESTE RECLAMANTE NO TRABAJÓ PARA USTED O SI LOS SALARIOS DEL PERÍODO BASE ESTÁN INCORRECTOS.

FIRMA _____ CARGO _____ FECHA _____

Por favor, envíe el formulario completo a su Portal de Empleadores en www.ncesc.com

o escriba o envíe un fax a: Post Office Box 25903
 Raleigh, NC 27611-5903
 Número de fax: 919.XXX.XXXX

¡Ayúdenos a prevenir el Fraude de Seguro de Desempleo!

respondiendo de manera precisa y oportuna a las
solicitudes de información