



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



Solicitud de Información de Separación y Salario

Ley de Comercio 1974, Enmienda 2002

Empleador _____

Número del Trabajador (Último, Primer, MI)

Número de Seguro Social

Número de Petición

Aviso al Empleador: El trabajador identificado arriba ha presentado una solicitud para una Determinación de Derecho a Reajuste de Comercio bajo la Ley de Comercio de 1974, modificada en 2002. Si el trabajador fue parcialmente separado antes de ser separado en su totalidad, por favor, complete ambas secciones, Separación Parcial y Separación Total (el período de calificación para las separaciones Parcial y Total son diferentes). Por favor, devuelva la forma completada a la dirección que se muestra a continuación dentro de 15 días.

Separación Parcial: El periodo de calificación para **separación parcial** comienza en _____ y termina en _____.

_____/_____/_____ Ingrese el último día antes de la separación parcial. (Mes)

(Día) (Año)

Razón de separación: **Falta de Trabajo** **Otra** Si la respuesta es "otra," explique:

Ingrese el número de semanas trabajadas durante el período de calificación en que los ingresos fueron \$30 o más. **(Si el número de semanas es inferior a 26, complete los siguientes puntos).**

Ingrese el número de semanas de salidas autorizadas (salida por vacación, enfermedad, lesionado, maternidad, servicio militar inactivo o activo, tiempo completo para servir como representante laboral de una organización).

Ingrese el número de semanas de discapacidad (salida compensable bajo la Ley de Compensación del Trabajador).

Separación Total: El periodo de calificación para **separación total** comienza en _____ y termina en _____.

_____/_____/_____ Ingrese el PRIMER día de trabajo

_____/_____/_____ Ingrese el ÚLTIMO día antes de la separación parcial.

(Mes) (Día) (Año)

Razón de separación: **Falta de Trabajo** **Otra** Si la respuesta es "otra," explique:

Ingrese el número de semanas trabajadas durante el período de calificación en que los ingresos fueron \$30 o más. **(Si el número de semanas es inferior a 26, complete los siguientes puntos).**

Ingrese el número de semanas de salidas autorizadas (salida por vacación, enfermedad, lesionado, maternidad, servicio militar inactivo o activo, tiempo completo para servir como representante laboral de una organización).

Ingrese el número de semanas de discapacidad (salida compensable bajo la Ley de Compensación del Trabajador).

Empleador _____ Título _____

Fecha en que Finalizó _____ Número de Teléfono _____

Por favor, cargue el formulario completo en su Portal de Empleadores en des.nc.gov

o Envíe por correo o fax a: Post Office Box
Raleigh, NC 27611-5903
Número de Fax 919.715.7642

Ayúdanos a prevenir el Fraude de Servicio de Desempleo