

DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE CAROLINA DEL NORTE

DIVISIÓN DE SEGURIDAD DE EMPLEO

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN A UN EMPLEADOR SOBRE LA SEPARACIÓN**

El individuo mencionado a continuación presentó un reclamo de beneficios de seguro de desempleo y lo anotó como el empleador más reciente. Su respuesta se tomará en cuenta al determinar la elegibilidad del individuo en caso de recibirse dentro de la fecha límite. Si no proporciona una respuesta oportuna, legible y detallada o si no asiste a las audiencias de apelación relacionadas con este reclamo, puede resultar en un aumento en su tasa de impuestos. Puede responder por correo postal o por fax. Si responde vía fax, por favor no devuelva el formulario impreso. Por favor, proporcione una dirección de correo electrónico o número de fax en caso de que se requiera información adicional. Si el individuo está desempleado debido a "escasez de trabajo" o "incapacidad para realizar el trabajo disponible", la separación no se examinará y su cuenta estará sujeta a cargos por cualesquier beneficios que se paguen al reclamante.

Devolver a:  
División de Seguridad de Empleo

Número de fax: (919) 733-1371

Número de tel.: (888) 737-0259

1. Fecha de envío		2. Fecha límite de la respuesta		3. Si el reclamante presenta un reclamo inicial y además usted es un <b>empleador de período base</b> , usted recibirá el Formulario NCUI 551L, Aviso de reclamo por desempleo, salarios reportes y cargos potenciales mediante un envío aparte.																																							
4. Nombre del reclamante				5. Fecha de entrada en vigor del reclamo				6. Número de Seguro Social																																			
7. Si el reclamante no trabajó para usted, marque esta casilla. <input type="checkbox"/>				<b>EAN (Número de Cuenta del Empleador):</b>																																							
8. <b>Motivo por el cual el reclamante ya no labora:</b> <b>Solo marque una casilla</b> <input type="checkbox"/> Agencia temporal (vaya al punto 14) <input type="checkbox"/> Renuncia (complete el punto 15) <input type="checkbox"/> Despido (complete el punto 16) <input type="checkbox"/> Incapacidad para realizar el trabajo <input type="checkbox"/> Escasez de trabajo/Despido <input type="checkbox"/> Otro (complete el punto 17)				9. <b>Si sigue empleado, marque una de las siguientes casillas. Ingrese el número de horas de trabajo si corresponde.</b> <input type="checkbox"/> Este reclamante se contrató a tiempo completo (____) horas y ahora labora horas reducidas (____). <input type="checkbox"/> Este reclamante no se ha separado sino que se contrató a tiempo parcial y sigue trabajando a tiempo parcial.																																							
				10. Primer día laborado				11. Último día laborado (es decir, último día en que laboró físicamente)				12. Tasa de pago																															
				<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table>												D	D	M	M	A	A	A	A	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table>												D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A																																				
D	D	M	M	A	A	A	A																																				
13. ¿El reclamante recibió...?				Monto bruto				Fecha de pago				Número de																															
a. ¿Salarios regulares para la última semana laborada?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$				Semanas <input type="text"/> Días <input type="text"/> Horas <input type="text"/>																															
b. ¿Salarios por falta de preaviso (pago para compensar al empleado por no haber aviso o darle un aviso de última hora sobre la cesación de trabajo)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$																																			
c. ¿Pago de vacaciones (se informan las vacaciones no tomadas)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$																																			
d. ¿Indemnización por despido o Bono por separación? Compensación por las semanas no laboradas después de la separación. Cada pago afecta el reclamo de modo distinto.																																											
¿Indemnización por despido?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$																																			
¿Bono por separación?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$																																			

e. <b>¿Otro(s) pago(s)?</b> Si la respuesta es <b>Sí</b> , ¿por qué motivo hizo el pago?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$							
f. <b>¿Pensión de la empresa?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	¿Modo de pago? <input type="checkbox"/> Suma total <input type="checkbox"/> Mensualmente						
	(para uso exclusivo de la oficina)								

(ver el lado contrario)

**Reclamante:** \_\_\_\_\_ **SSN (Número de Seguro Social):** \_\_\_\_\_ **DD:** \_\_\_\_\_

**14. LLENE ESTA SECCIÓN SI ES UN EMPLEADOR DE SERVICIOS DE EMPLEO TEMPORALES:**

El individuo no está separado, es elegible para asignaciones laborales apropiadas, pero por el momento no hay ninguna disponible.

¿Se le ofreció al reclamante una asignación nueva?  Sí  No Si la respuesta es si, ¿la aceptó?  Sí  No

Si las preguntas anteriores no aplican a este reclamante, complete el punto 15 o 16.

**Por favor, proporcione la siguiente información respecto al trabajo rechazado:**

Fecha en que se ofreció	Tipo de trabajo	Tasa de pago: \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual	Días	Horas	Distancia hasta el sitio	Motivo del rechazo Vaya al punto #17
-------------------------	-----------------	---	------	-------	--------------------------	--------------------------------------

**Las siguientes preguntas se refieren a la asignación más reciente del reclamante:**

Nombre y ubicación del empleador:

<b>Empleo del reclamante:</b>	<b>Primer día laborado:</b>	<b>Último día laborado:</b>
Tasa de pago: \$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> ANUAL	<b>Horas laborales:</b>	<b>Días laborados:</b>

**15. LLENE ESTA SECCIÓN SI EL RECLAMANTE RENUNCIÓ.**

a. ¿Qué justificación dio el reclamante al renunciar? (Si necesita más espacio, continúe en el punto 17).

\_\_\_\_\_

b. ¿El reclamante dio previo aviso de la renuncia?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique la fecha: \_\_\_\_\_  
Si el reclamante dio aviso, este fue:  Oral  Por escrito (proporcione una copia)

**16. LLENE ESTA SECCIÓN SI ES EL RECLAMANTE FUE DESPEDIDO.**

a. Cuando informó al reclamante sobre el despido, ¿qué motivo indicó? \_\_\_\_\_

¿Fue una violación de política?  Sí  No Si la respuesta es sí, presente pruebas documentadas según se requiera.

b. ¿Se advirtió al reclamante respecto a esta conducta?  Sí  No

Indique la(s) fecha(s) de advertencia sobre esta conducta \_\_\_\_\_

La(s) advertencia(s) fue(ron):  Oral(es)  Por escrito  Ambas

(Proporcione detalles sobre el carácter de las advertencias en el punto 17. Adjunte la documentación correspondiente).

c. ¿El motivo del despido implicaba impuntualidad o inasistencia?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique las fechas y los motivos de los incidentes.

\_\_\_\_\_

**17. LLENE ESTA SECCIÓN O USE UNA HOJA SEPARADA PARA DAR INFORMACIÓN ADICIONAL.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del individuo a contactar para obtener información adicional:	Número telefónico del contacto: ( )
Firma	Nombre en letra de molde
	Puesto
	Fecha de la firma
Dirección de correo electrónico:	Número de fax: ( )

(Envíe por fax el anverso y reverso a la División de Seguridad de Empleo [DES])