

NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF COMMERCE
DIVISION OF EMPLOYMENT SECURITY
UNEMPLOYMENT INSURANCE
Raleigh, North Carolina

INFORME DE 20 EMPLEO

Y

SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE COBERTURA

1 de enero 20

PARA USO DE LA AGENCIA

Responsables por: () () Vol. Elección 20
() () Sección 96-8 (5) _____
Solicitud Examinada por: _____
Fecha de Terminación: _____ 20____
Solicitud Aprobada por: _____
Carta de Terminación Enviada: 20
Terminado Bajo EGCN 96-11 ()

A nombre de _____
(Negocio, hogar, granja, asociación, organización, etc.)

Nº cuenta _____, por la presente solicito la finalización de la cobertura del seguro de desempleo bajo las leyes de Carolina del Norte según lo dispuesto en EGCN 96-11.

Tengo entendido, según lo previsto por la ley, que mi solicitud debe ser aprobada por la División y es mi responsabilidad dar aviso personal de la terminación, si se aprueba, a los empleados involucrados. Reconozco que si la cobertura fue requerida por EGCN 96-8 (5) a, EGCN 96-8 (5) b, EGCN 96-8 (5) k o EGCN 96-8 (5) e, esta solicitud debe ser presentada antes del primer día del mes de marzo del año para el que se solicita la terminación. Si la cobertura fue requerida por EGCN 96-8 (5) n o EGCN 96-8 (5) o, esta solicitud debe ser presentada el primer día del mes de marzo del año para el que se solicita la terminación. Si se requiere una cobertura únicamente por EGCN 96-8 (5) b, por ende la solicitud de terminación debe ser presentada dentro de los 60 días a partir de la fecha de aviso de responsabilidad de la División y la División descubrió que el predecesor tenía el derecho de hacer solicitud bajo EGCN 96 -11, pero no lo hizo. La solicitud de terminación a partir de reactivación debe ser presentada dentro de los 120 días a partir de la fecha de aviso de la reactivación de la División.

La solicitud de terminación debe ser presentada dentro de los 90 días a partir de la fecha de aviso de responsabilidad de la División cuando la determinación de responsabilidad inicial era de dos años naturales o más.

La División sólo puede aprobar terminación por cualquier entidad empleador que no cumplió con el requisito de cobertura según lo provisto en EGCN 96-8(5) y tiene la autoridad para solicitar informes, documentos y declaraciones de verificar, completar o colaborar todos los informes presentados anteriormente por el empleador.

Yo, el suscrito, juro (o afirmo) que las declaraciones contenidas en el presente documento son verdaderas y correctas; que estoy debidamente autorizado a ejecutar esta declaración en nombre de este empleador; y que la solicitud se haga de buena fe y en la creencia de que el solicitante tiene derecho a la terminación de la cobertura de conformidad con la Sección 96-11 de la Ley de Seguridad de Empleo de Carolina del Norte.

FECHA _____ 20____

FIRMA _____

TÍTULO _____

Firmado y jurado ANTE MI	
EL _____	DÍA _____ DE 20 ____
_____ NOTARIO PÚBLICO	
MI COMISIÓN EXPIRA _____	20 ____