



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



Nombre del Reclamante  
Dirección del Reclamante  
Dirección del Reclamante 2  
Ciudad del Reclamante Estado del Reclamante Código Postal del Reclamante

ID del Reclamante: ID del Reclamante  
Re: Descripción del Formulario  
Fecha de Envío: Fecha del Envío  
Fecha de Vencimiento: Fecha de Vencimiento

Nombre del Reclamante:

En un esfuerzo por completar el Programa de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE), se requiere información adicional para determinar su derecho a beneficios de seguro de desempleo.

**Por favor, proporcione copias legibles de la parte delantera y trasera de su tarjeta de autorización de trabajo actual/anterior y tarjeta de residente permanente y tarjeta de Seguro Social.**

**Esta documentación debe ser proporcionada no más tarde** de la Fecha de Vencimiento.

El incumplimiento dentro del período de tiempo designado podría afectar negativamente sus beneficios de seguro de desempleo.

**Por favor, cargue esta carta junto a los documentos necesarios a su portal de Autoservicio del Reclamante en [des.nc.gov](https://des.nc.gov) o envíe un correo o fax a:**

Oficina Postal 25903  
Raleigh, NC 27611-5903  
Número de Fax (919) XXX-XXXX

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

Respondiendo de manera precisa y oportuna a las  
solicitudes de información