



**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 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