



North Carolina Department of Commerce
Division of Employment Security
Unemployment Insurance
Unidad de Control de Calidad



Nombre
 Dirección
 Dirección 2
 Código postal

Reclamante: _____ No SS.: _____ Lote Nº.: _____

Tarifa de Pago: _____ Por _____

Fecha en que comenzó el Trabajo: _____ Última fecha de Trabajo: _____

Fecha de Finalización de Nómina: _____ Día de Pago a los Trabajadores: _____

INTRODUZCA LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERÍODO DE NÓMIMA PARA LA QUE SE PAGARON LOS SALARIOS Y EL NÚMERO DE HORAS TRABAJADO DURANTE CADA DÍA DEL PERÍODO DE NÓMIMA. TAMBIÉN, INGRESE LAS GANANCIAS TOTALES DEL PERIODO DE NÓMIMA.

Período de Nómina Fecha de Finalización	Horas Trabajadas durante Período de Nómina							Período de Nómina Ganancias
	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	
								\$
								\$
								\$
								\$
		\$ \$ \$						
								\$
								\$

Cumplimiento de Informe de Nuevas Contrataciones

- ¿Agregó a esta persona a su nómina desde _____ ? No Sí
- ¿Trabajó esta persona para usted en los 12 meses anteriores a la fecha más reciente de contratación? No Sí
- ¿Reportó esta persona como un nuevo empleado a la agencia estatal designada? No Sí
- ¿Fecha en que el reclamante trabajó por primera vez dentro del período anterior _____ ?
- Si no informó a esta persona como un empleado nuevo, ¿Empleó previamente esta persona dentro de los 60 días del primer día trabajado anteriormente? No Sí
- ¿En qué fecha se reportó a esta persona como un nuevo empleado?
- ¿En qué estado informó su empresa las nuevas contrataciones?

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA PARA EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

Representante del Empleador: _____

Título: _____ No de Teléfono del Empleador.: _____

Investigador de Control de Calidad: _____ Fecha: _____

I F T M

Ayúdenos a prevenir el fraude de Seguro de Desempleo
 respondiendo de forma precisa y oportuna a las solicitudes de información