



**North Carolina Department of Commerce Division
of Employment Security Unemployment Insurance
INTERSTATE REQUEST FOR RECONSIDERATION OF
MONETARY DETERMINATION/WAGE CREDITS**



1. TÊN NGƯỜI YÊU CẦU (Tên đầu, Tên giữa, Tên cuối)		2. SỐ AN SINH XÃ HỘI X X X - X X -	
TÊN THƯỜNG SỬ DỤNG (nếu khác)		CÁC SỐ AN SINH XÃ HỘI KHÁC (nếu có) X X X - X X -	
3. ĐỊA CHỈ GỬI THƯ/ ĐỊA PHƯƠNG (No., Đường hoặc Tuyến đường., Thành phố, Bang, Mã bưu điện)		4. BANG CHỊU TRÁCH NHIỆM	5. BANG CHUYỂN GIAO
		6. SỐ ĐIỆN THOẠI. (Bao gồm cả mã vùng) ()	
7. <input type="checkbox"/> Tôi yêu cầu xem xét lại các tuần/lương của tôi được chuyển (IB-4) <input type="checkbox"/> Tôi yêu cầu xem xét lại việc xác định phúc lợi chi tiết các tuần của tôi từ ngàyt _____ Các lý do:			

8. Hãy hoàn thành các mục sau nếu bạn không đồng ý với số tiền được xác định dựa trên cơ sở quãng thời gian hưởng lương/tuần:

QUẢNG THỜI GIAN CƠ SỞ ĐỂ TÍNH	LƯƠNG	CÁC TUẦN	TÊN NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG	NHỮNG NGÀY THỰC HIỆN LÀM VIỆC	
				TỪ	ĐẾN NGÀY
KẾT THÚC QUÝ					
Tháng Ba. 31, 20__					
Tháng Sáu. 30, 20__					
Tháng Chín. 30, 20__					
Tháng Mười hai. 31, 20__					

9. * Hoàn thành bảng sau cho các khoảng thời gian cơ sở để tính người sử dụng lao động không nêu trong tài liệu thống kê mức phúc lợi cụ thể hàng tuần:

Tên người sử dụng lao động:	NHỮNG NGÀY LÀM VIỆC		MỨC TIỀN LƯƠNG CHƯA TÍNH THUẾ YÊU CẦU
	TỪ	ĐẾN NGÀY	
ĐỊA CHỈ (No., Đường hay Rte., Thành phố, Bang, Mã Bưu Điện)			\$
	LOẠI HÌNH CÔNG VIỆC ĐƯỢC THỰC HIỆN		
ĐỊA CHỈ PHÁT LƯƠNG (nếu khác)	NƠI LÀM VIỆC (Thành phố, Bang)		

CHÚ Ý: HÃY ĐÍNH KÈM CÁC TÀI LIỆU HỖ TRỢ, VÍ DỤ NHƯ CUÔNG CHỨNG TỪ KIỂM TRA, W-2, VÂN VÂN., NẾU #8 HAY 9 ĐƯỢC ĐIỀN.

10. Những thông tin trên là thật theo sự hiểu biết và sự tin tưởng tối đa của tôi.	CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI YÊU CẦU			
11. Tôi xác nhận rằng tôi đã xác minh số an sinh xã hội của người yêu cầu bồi thường.	CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NHẬN YÊU CẦU			
Thư hoặc Fax tới: Hòm thư 25903 Raleigh, NC 27611-5903 Số Fax (919) XXX-XXXX	12. NGÀY ĐIỀN YÊU CẦU	TRỰC TIẾP <input type="checkbox"/>	QUA MAIL <input type="checkbox"/>	NGÀY NHẬN
	PHÁT GỬI: Bản gốc và một (1) bản copy gửi tới Bang có trách nhiệm/Ban chuyển giao Bản Copy gửi tới Cục Hồ Sơ của Bang Bản Copy gửi tới Người Yêu Cầu			

**Hãy giúp chúng tôi ngăn ngừa Gian lận
Bảo Hiểm Thất Nghiệp**

Bằng việc trả lời chính xác và kịp thời các yêu cầu cung cấp thông tin