

직원 공지 사항

고용주 법적 이름: _____

주소: _____

고용주 등록(ER) 번호: _____

이 회사의 직원: 귀하를 뉴욕주 실업보험법의 적용을 받습니다.

- 고용주는 이러한 목적으로 임금에서 공제할 수 없습니다.
- 정리 해고되었거나, 주 4일 미만 근무하거나, 해고되었거나, 퇴사했거나, 근무 시간이 30시간 이하로 줄어든 경우:
 - 고용주로부터 "고용 기록" 양식을 받으십시오. 실업 보험 급여를 신청하는 경우 사용할 수 있도록 기록용으로 보관하십시오.
 - "고용 기록" 양식에는 고용주의 이름, 등록 번호 및 급여 기록이 보관된 주소가 있어야 합니다.
- 실업 보험 신청서를 제출하려면:
 - 전화 청구 센터에 (888) 209-8124번으로 (통역 서비스 이용 가능)로 전화하거나
 - 저희 웹사이트 (www.labor.ny.gov) 를 방문하십시오.
 - 청각 장애인용 전화 장치(TTY/TDD) 장비를 사용하는 청각 장애인은 (800) 662-1220번으로 중계 교환원에게 전화를 걸어 교환원에게 (888) 783-1370번으로 전화를 요청하여 신청을 제출할 수 있습니다. 이 번호의 서비스는 TDD 장비를 사용하는 발신자에게만 제공됩니다.

고용주: 이 포스터는 각 작업장에 눈에 잘 띄는 장소에 게시해야 합니다.

이 포스터의 작성 버전을 활용하는 고용주는 표시된 법적 이름, 주소 및 고용주 등록 번호의 완전성과 정확성을 증명합니다. 추가 포스터는 다음 주소로 서한을 보내주십시오: New York State Department of Labor, Liability and Determination Section, 1220 Washington Ave., Building 12, Albany, NY 12226.