

## Αίτημα Αιτούντα για Ακρόαση

Συμπληρώστε τα τέσσερα τελευταία ψηφία του Αριθμού Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN) σας: \_\_\_\_ \_

Το όνομά σας (κεφαλαία): \_\_\_\_\_

Μπορείτε να ζητήσετε ακρόαση για Ασφάλιση Ανεργίας (UI) με δύο τρόπους, ηλεκτρονικά ή μέσω ταχυδρομείου.

- Για να ζητήσετε ακρόαση ηλεκτρονικά, συνδεθείτε με τον λογαριασμό σας στο NY.Gov. Πατήστε το εικονίδιο του φακέλου στην επάνω δεξιά γωνία της σελίδας «My Online Services». Στη συνέχεια, δημιουργήστε ένα νέο μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Επιλέξτε «Hearings and Appeals» (Ακροάσεις και Προσφυγές) από το αναπτυσσόμενο μενού ως πρώτη γραμμή θέματος και «I want to request a hearing» (Θέλω να ζητήσω ακρόαση) ως δεύτερη γραμμή θέματος.
- Για να ζητήσετε ακρόαση μέσω ταχυδρομείου, συμπληρώστε και υπογράψτε αυτό το έντυπο. Ταχυδρομήστε στη διεύθυνση που αναγράφεται στο επάνω μέρος αυτού του εντύπου. Γράψτε **μόνο** στον χώρο που παρέχεται σε αυτό το έντυπο. **Μην** γράψετε έξω από τα περιθώρια ή στην πίσω πλευρά. Εάν χρειαστείτε περισσότερο χώρο, χρησιμοποιήστε ένα φύλλο λευκού χαρτί διαστάσεων 8 ½ x 11 ιντσών. Βεβαιωθείτε ότι έχετε γράψει το όνομά σας και τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης σε όλα τα έγγραφα που στέλνετε. Μην συρράπτετε.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ:** Για να προστατεύσετε τα δικαιώματά σας στις παροχές Ασφάλισης Ανεργίας που ενδέχεται να δικαιούστε να λάβετε, συνεχίστε να πιστοποιείτε για επιδόματα Ασφάλισης Ανεργίας κάθε εβδομάδα, για όσο διάστημα είστε άνεργοι.

Διαφωνώ με την **Γνωστοποίηση Προσδιορισμού** με ημερομηνία \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (μήνας, ημέρα, έτος) και ζητώ ακρόαση.  
Λόγος (προαιρετικό): \_\_\_\_\_

Εάν ζητάτε ακρόαση σχετικά με προσδιορισμό που αποφασίστηκε πάνω 30 ημέρες νωρίτερα, αναφέρετε τον λόγο για τον οποίο καθυστερήσατε να μας ειδοποιήσετε:

Όνομα τελευταίου εργοδότη: \_\_\_\_\_

Φυσική τοποθεσία εργασίας (τοποθεσία όπου παρουσιαζόσασταν τακτικά για εργασία): \_\_\_\_\_

Οδός: \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Ταχ. κώδικας: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο Εργασίας: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Θα θέλατε η ακρόασή σας να γίνει σε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά;    Ναι    Όχι

Αν ναι, σε ποια γλώσσα και διάλεκτο; \_\_\_\_\_

Ημερομηνίες κατά τις οποίες δεν είστε διαθέσιμοι για ακρόαση: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση email: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ταχυδρομική διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Διαμ./Όροφος: \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Ταχ. κωδ. \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Για πληροφορίες σχετικά με το Γραφείο Συνηγόρου Αιτούντων Ασφάλισης Ανεργίας και για να δείτε ένα βίντεο σχετικά με την προετοιμασία για ακρόαση, επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας [dol.ny.gov/unemployment-insurance-claimant-advocate-office](http://dol.ny.gov/unemployment-insurance-claimant-advocate-office).