NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

Unemployment Insurance Division
PO Box 15131
Albany, NY 12212-5131

Αίτηση εργοδότη για ακρόαση

Συμπληρώστε τα τελευταία τέσσερα ψηφία του Αριθμού Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN) του προσφεύγοντος: __ __ __ __

Όνομα προσφεύγοντος (με κεφαλαία): _____

- Γράψτε **μόνο** στον χώρο που παρέχεται **στην μπροστινή όψη** του παρόντος εντύπου. Φροντίστε να μην ξεφύγετε από τα περιθώρια.
- Θα δημιουργηθεί μια ηλεκτρονική εικόνα μόνο της **μίας** όψης του παρόντος εντύπου.
- Αν χρειαστείτε περισσότερο χώρο, χρησιμοποιήστε ένα φύλλο λευκού χαρτιού διαστάσεων 8 ½ x 11 ιντσών.
- Γράψτε το όνομα του προσφεύγοντος και τα τελευταία τέσσερα ψηφία του Αριθμού Κοινωνικής Ασφάλισής του σε όλα τα έγγραφα που στέλνετε.
- Συμπληρώστε και υπογράψτε το παρόν έντυπο και ταχυδρομήστε το στη διεύθυνση που παρατίθεται πιο πάνω.

Πρέπει να αναφέρετε πλήρως και αναλυτικά γιατί έχετε αντιρρήσεις όσον αφορά τον συγκεκριμένο καθορισμό αμοιβών. Αν δεν δηλώσετε τις αντιρρήσεις σας με επαρκείς λεπτομέρειες, ενδέχεται να περιοριστεί η δυνατότητά σας να θίξετε νέα θέματα κατά την ακρόαση.

Διαφωνώ με τη **Γνωστοποίηση καθορισμού αμοιβών** με ημερομηνία ____/_____/_____ (μήνας, ημέρα, έτος) επειδή

_____

_____

_____

_____

και ζητώ ακρόαση όσον αφορά τον συγκεκριμένο καθορισμό αμοιβών.

Αν ζητάτε ακρόαση για καθορισμό αμοιβών που αποφασίστηκε πάνω από 30 ημέρες πριν, θα πρέπει να δηλώσετε τον λόγο για τον οποίο αργήσατε να μας ειδοποιήσετε:

_____

_____

Φυσική τοποθεσία εργασίας προσφεύγοντος (τόπος όπου ο προσφεύγων ανέφερε τακτικά ότι εργάζεται):

_____
Οδός Πόλη Πολιτεία Ταχ. κώδικας

Αριθμός τηλεφώνου εργασίας: (___) _____ Αρ. NYS ER: ___ ___-___ ___ ___ ___ ___

Όνομα εργοδότη: _____

Όνομα υπεύθυνου επικοινωνίας (με κεφαλαία): _____

Αριθμός τηλεφώνου επικοινωνίας: (____) _____

Διεύθυνση ταχυδρόμησης εγγράφων ακρόασης: _____

Διεύθυνση email: _____

_____ _____
Υπογραφή Ημερομηνία

Για πληροφορίες όσον αφορά το πώς θα προετοιμαστείτε για την ακρόασή σας, επισκεφτείτε τον ιστότοπό μας στη διεύθυνση https://dol.ny.gov/requesting-hearing