



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

Demande d'audience de l'employeur

Entrez les quatre derniers chiffres du numéro de sécurité sociale (SSN) du demandeur : _____

Nom du demandeur (en majuscules) : _____

- Écrivez **uniquement** dans l'espace prévu **au recto** de ce formulaire. Restez dans les marges.
- Une image électronique ne sera faite que d'**un** côté de ce formulaire.
- Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez un morceau de papier blanc de 8 ½ po x 11 po.
- Inscrivez le nom du demandeur et les quatre derniers chiffres de son numéro de sécurité sociale sur tous les documents que vous envoyez.
- Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et signé à l'adresse susmentionnée.

Vous devez fournir des détails complets pour expliquer pourquoi vous contestez cette détermination. Ne pas exprimer votre objection de manière suffisamment détaillée pourrait limiter votre capacité à soulever de nouvelles préoccupations à l'audience.

Je ne suis pas d'accord avec l'**avis de détermination** daté du ____ / ____ / ____ (mois, jour, année) parce que

je demande une audience concernant cette détermination.

Si vous demandez une audience sur une détermination datant de plus de 30 jours, veuillez indiquer la raison du retard dans la notification de votre décision :

Lieu de travail physique du demandeur (lieu où le demandeur se présentait régulièrement au travail) :

Rue Ville État Code postal

Numéro de téléphone au travail : () _____ NYS ER No. : ____ - ____

Nom de l'employeur : _____

Personne-ressource (caractères d'imprimerie) : _____

Ligne directe : (_____) _____

Adresse postale du document d'audience : _____

Courriel : _____

Signature date

Pour plus d'informations sur la préparation d'une audience, visitez notre site Web à l'adresse suivante :

<https://dol.ny.gov/requesting-hearing>