



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

Domanda di udienza del datore di lavoro

Inserire le ultime quattro cifre del Numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN) del richiedente:

\_\_\_\_\_

Nome del richiedente (in stampatello): \_\_\_\_\_

- Scrivere soltanto nell'apposito spazio nella prima pagina del presente modulo. Non scrivere fuori dei margini.
• Verrà acquisita un'immagine elettronica di un solo lato del presente modulo.
• Se è necessario altro spazio, utilizzare un foglio di carta bianco da 8 1/2 x 11 pollici.
• Scrivere il nome e le ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale del richiedente su tutti i documenti da inviare.
• Compilare, firmare e inviare il presente modulo all'indirizzo riportato qui sopra.

Spiegare in maniera completa e dettagliata perché ci si oppone alla decisione. La mancata presentazione di una spiegazione dettagliata potrebbe limitare le possibilità di sollevare ulteriori obiezioni in occasione dell'udienza.

Non sono d'accordo con l'Avviso di decisione (Notice of Determination) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mese, giorno, anno) perché:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

e richiedo un'udienza in merito a questa decisione.

Se la domanda di udienza viene presentata più di 30 giorni dopo la data della decisione, spiegare il motivo del ritardo:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Sede di lavoro del richiedente (luogo fisico in cui il richiedente si presentava al lavoro):

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Numero di telefono del lavoro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

N. REG. DATORE DI LAVORO NYS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nome datore di lavoro: \_\_\_\_\_

Referente (in stampatello): \_\_\_\_\_

Numero di telefono del referente: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Indirizzo postale per la documentazione dell'udienza: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Per ricevere informazioni su come prepararsi all'udienza, consultare il nostro sito web https://dol.ny.gov/requesting-hearing