

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

### Требование работодателя о проведении слушания

Укажите последние 4 цифры номера социального страхования заявителя: \_\_\_\_\_

Имя заявителя (печатными буквами): \_\_\_\_\_

- Заполняйте **исключительно** отведенные поля на **лицевой** стороне формы. Не выходите за поля.
- Электронная копия этой формы будет снята только с **одной** стороны документа.
- Если вам недостаточно места, используйте лист белой бумаги размером 8 ½ x 11 дюймов.
- Укажите имя заявителя и последние 4 цифры его (ее) номера социального страхования на каждом листе.
- Направьте заполненную и подписанную форму по указанному выше адресу.

*Вы должны детально и в полном объеме указать причины несогласия с заключением о назначении пособия. Несоблюдение этого требования в отношении существенных деталей может повлечь за собой ограничение вас в праве выдвигать новые возражения на слушании.*

Я не согласен (-на) с **заключением о назначении пособия** от \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (месяц, день, год), поскольку

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

и требую провести слушание по этому заключению.

Если вы подаете запрос о проведении слушания по заключению, которое было вынесено более 30 дней назад, укажите причину задержки:

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

Фактический адрес работы заявителя (место, где им выполнялись трудовые обязанности):

Улица \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Рабочий номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Регистрационный номер работодателя штата Нью-Йорк (NYS ER No.): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Наименование работодателя: \_\_\_\_\_

Контактное лицо (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес для отправки документа о слушании: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

Чтобы получить информацию о том, как подготовиться к слушанию, посетите страницу <https://dol.ny.gov/requesting-hearing>