

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

سماعت کے لیے آجر کی درخواست

مدعی کے سوشل سیکیورٹی نمبر (SSN) کے آخری چار ہندسے درج کریں: _____

مدعی کا نام (چھاپیں): _____

- اس فارم کے سامنے دی گئی جگہ میں ہی صرف لکھیں۔ حاشیوں میں رہیں۔
- اس فارم کے صرف ایک طرف سے ایک الیکٹرانک تصویر بنائی جائے گی۔
- اگر آپ کو مزید جگہ کی ضرورت ہے تو، سفید کاغذ کا 11 x 8 ½ انچ کا ٹکڑا استعمال کریں۔
- اپنے بھیجے گئے تمام کاغذات پر مدعی نام اور اپنے سوشل سیکیورٹی نمبر کے آخری چار ہندسے ضرور لکھیں۔
- اس مکمل شدہ اور دستخط شدہ فارم کو اوپر والے پتے پر بھیجیں۔

آپ کو مکمل تفصیلات فراہم کرنا ہوں گی کہ آپ اس عزم پر اعتراض کیوں کرتے ہیں۔ اپنے اعتراض کو کافی تفصیل سے بیان کرنے میں ناکامی کے نتیجے میں سماعت میں نئے خدشات پیدا کرنے کی آپ کی صلاحیت محدود ہو سکتی ہے۔

میں حتمی فیصلہ کے نوٹس بتاریخ _____ / _____ / _____ (مہینہ، دن، سال) سے متفق نہیں ہوں کیونکہ

اور میں اس عزم کے حوالے سے سماعت کی درخواست کر رہا ہوں۔

اگر آپ کسی ایسے فیصلہ پر سماعت کی درخواست کر رہے ہیں جو 30 دن سے زیادہ پہلے کیا گیا ہے، تو براہ کرم ہمیں مطلع کرنے میں تاخیر کی وجہ بتائیں:

مدعی کا جسمانی کام کا مقام (وہ جگہ جہاں مدعی نے باقاعدگی سے کام کرنے کی اطلاع دی ہے):

گلی _____ شہر _____ ریاست _____ زپ کوڈ _____

دفتر کا فون نمبر: _____ () _____ NYS ER نمبر: _____ - _____

آجر کا نام: _____

رابطہ کار شخص (چھاپیں): _____

رابطہ فون نمبر: _____ () _____

دستاویزی ڈاک کا پتہ سننا: _____

ای میل: _____

تاریخ _____

دستخط _____

UI کلیمنٹ ایڈووکیٹ آفس کے بارے میں معلومات کے لیے اور سماعت کے لیے تیاری کرنے کے طریقے سے متعلق ویڈیو دیکھنے کے لیے، ہماری ویب سائٹ <https://dol.ny.gov/requesting-hearing> پر ملاحظہ کریں۔