



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

雇主听证会申请

请填写申领人社会安全号码 (SSN) 的后四位: _____

申领人姓名 (正楷): _____

- 请**仅**在此表格**正面**指定的空白处填写相应内容。请在页边范围内填写。
- 电子图像仅由此表格的**单面**生成。
- 若您需要更多书写空间, 请附加一张 8 ½ x 11 英寸的白纸。
- 请在您提交的每张纸质材料上均写上申领人的姓名及其社会安全号码的后四位。
- 请将此填妥并签名的表格寄送至上述地址。

您必须提供完整的详细资料, 说明您反对此次认定的原因。如未充分说明您的反对意见, 将可能影响您在听证会上提出新问题的权限。

我反对日期为 _____ / _____ / _____ (年, 月, 日) 的**认定通知书**, 原因如下

我申请就此次认定召开听证会。

若您申请就超过 30 天的认定召开听证会, 请向我们说明您延迟申请的原因:

申领人的实际工作地址 (即申领人定期到岗工作的地址):

街 _____ 市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

工作电话: (_____) _____ 纽约州雇主申请号码: _____ - _____

雇主名称: _____

联系人 (正楷): _____

联系电话: (_____) _____

听证会文件邮寄地址: _____

电子邮箱: _____

签名 日期

如需了解如何为听证会做准备, 请访问我们的网站: <https://dol.ny.gov/requesting-hearing>