PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

बेरोजगारी बीमा मौद्रिक लाभ निर्धारण

मेल भेजने की तिथि:	/ /
सामाजिक सुरक्षा #:	- -
दावा प्रभावी/आरंभ तिथि:	/ /
लाभ वर्ष समाप्ति तिथि:	/ /
साप्ताहिक लाभ तिथि:	

इस नोटिस को अपने रिकॉर्ड के लिए रखें।

मुझे यह नोटिस क्यों मिला?

यह नोटिस आपको बताता है कि न्यूयॉर्क राज्य में आपके लिए हमारे पास कौन सी रोजगार और वेतन संबंधी जानकारी मौजूद है। कृपया यह सुनिश्चित करने के लिए इस जानकारी की समीक्षा करें कि यह सही है।

हमारे रिकॉर्ड से पता चलता है कि आप मूल या वैकल्पिक आधार अवधि का उपयोग करके बेरोजगारी बीमा लाभ के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए आवश्यक आय को पूरा नहीं करते हैं। कृपया संलग्न परिशिष्ट देखें या मूल और वैकल्पिक आधार अवधि के बारे में अधिक जानकारी के लिए अपने दावेदार पुस्तिका देखें।

यदि नीचे दी गई जानकारी सही नहीं है, तो कृपया "पुनर्विचार के लिए अनुरोध" फॉर्म (संलग्न है) भरकर हमें भेजें। आप यह फॉर्म हमारी वेबसाइट www.labor.ny.gov पर या अपनी दावेदार पुस्तिका के पीछे वाले भाग में भी प्राप्त कर सकते हैं।

यदि आप पुनर्विचार हेतु अनुरोध प्रपत्र प्रस्तुत करते हैं, तो प्रत्येक सप्ताह के लिए लाभ का दावा करना जारी रखें जब तक आप बेरोजगार है:

- www.labor.ny.gov पर ऑनलाइन जाएं। "व्यक्ति" पर क्लिक करें, फिर "बेरोजगारी" शीर्षक के अंतर्गत "साप्ताहिक लाभ का दावा करें" पर क्लिक करें।
- टेली-सेवा पर कॉल करें 1-888-581-5812

आप बेरोजगारी बीमा लाभ के योग्य क्यों नहीं हैं?

बेरोजगारी बीमा लाभ के लिए अर्हता प्राप्त करने के लिए आपको विशिष्ट वेतन आवश्यकताओं को पूरा करना होगा। नीचे दिए गए बॉक्स आपको बताएंगे कि कौन सी आवश्यकता(एँ) आपकी पूरी नहीं होती हैं।

आवश्यकता पूरी नहीं हुई

- ☐ आपने अपने आधार अवधि की कम से कम दो कैलेंडर तिमाहियों में काम नहीं किया और वेतन नहीं कमाया।
- ☐ आपको कम से कम भुगतान तो नहीं किया गया: ______________ आपके आधार अवधि के कैलेंडर तिमाहियों में से एक में वेतन में।
- ☐ आपकी आधार अवधि के लिए कुल मजदूरी, आपकी आधार अवधि में आय की उच्चतम तिमाही के कुल मजदूरी के 1½ गुना से कम है।

उच्चतम तिमाही वेतन = ______________

X 1.5 = ______________ (आपके उच्चतम तिमाही वेतन का 1½ गुना)

यदि आपकी उच्चतम कैलेंडर तिमाही इससे अधिक है: ______________ अन्य आधार अवधि तिमाहियों में कुल आय कम से कम बराबर होनी चाहिए: ______________

मूल/वैकल्पिक आधार अवधि कृपया हमारे पास आपके लिए उपलब्ध नियोक्ताओं और वेतन का रिकॉर्ड (नीचे) देखें।

नियोक्ता नाम	मूल आधार तिमाही	मूल आधार तिमाही	मूल आधार तिमाही	मूल आधार तिमाही	वैकल्पिक आधार तिमाही	कुल आधार अवधि मजदूरी
कुल मूल आधार अवधि मजदूरी						
कुल वैकल्पिक आधार अवधि मजदूरी						

क्या आपकी सभी वेतन संबंधी जानकारी सही दी गई है? यदि नहीं, तो सहायता के लिए संलग्न परिशिष्ट देखें।

यदि आपके पास इस नोटिस के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो कॉल करें (888) 209-8124.

अतिरिक्त जानकारी के लिए हमारी वेबसाइट पर जाएँ: http://labor.ny.gov/unemploymentassistance.shtm

सहायता के लिए, अपनी समीक्षा करें दावेदार पुस्तिका की समीक्षा करें।