

बेरोजगारी बीमा वैकल्पिक आधार अवधि के लिए अनुरोध

कृपया स्पष्ट प्रिंट करें

अंतिम नाम: _____ पहला नाम: _____ मध्य अक्षर: _____

पता: _____

शहर (*): _____ राज्य (*): _____ ज़िप कोड: _____

दावा प्रभावी/आरंभ तिथि: ____ / ____ / ____ सामाजिक सुरक्षा संख्या: XXX-XX-____

फॉर्म की आवश्यकताएं

यदि आप अपनी साप्ताहिक लाभ दर बढ़ाने के लिए वैकल्पिक आधार अवधि का उपयोग करना चाहते हैं:

- काली या नीली स्याही का उपयोग करके नीचे दिए गए चरणों को पूरा करें।
- ऐसे सभी दस्तावेज शामिल करें जिन्हें रोजगार और वेतन का प्रमाण माना जा सके, जैसे वेतन पर्ची, W-2s, 1099, वाउचर, चेक, टिप्स, बोनस, भोजन, आवास, कमीशन, अवकाश वेतन और रोजगार और/या भुगतान के रिकॉर्ड।
- सभी सहायक दस्तावेजों की फोटोकॉपी 8½ x 11 के एक तरफ कागज पर करें। मूल प्रति न भेजें।
- प्रत्येक अनुलग्नक पर अपना नाम, अपने सामाजिक सुरक्षा नंबर के अंतिम चार अंक और अपना फोन नंबर लिखें।
- यह पूरा भरा हुआ फॉर्म और सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में उल्लिखित समय सीमा के भीतर प्राप्त होने चाहिए। **कृपया स्पष्ट प्रिंट करें।**
यदि आपकी अंतिम पूर्ण कैलेंडर तिमाही में मजदूरी आपके मौद्रिक लाभ निर्धारण पर "उच्च तिमाही मजदूरी" से अधिक है, तो वैकल्पिक आधार अवधि का उपयोग करने से आपकी लाभ दर बढ़ सकती है। यदि आप दावा स्थापित करने के लिए वैकल्पिक आधार अवधि चुनते हैं, तो आप भविष्य के दावे के लिए इन वेतनों का उपयोग नहीं कर पाएंगे।

स्टेप 1 पिछली कैलेंडर तिमाही की जानकारी

आपके दावे की प्रभावी/आरंभ तिथि से पहले की अंतिम पूर्ण कैलेंडर तिमाही है: ____ / ____ / ____ से ____ / ____ / ____ तक

कैलेंडर तिमाही तिथियों के लिए अपने मौद्रिक लाभ निर्धारण का संदर्भ लें और अपने रिकॉर्ड के साथ वैकल्पिक आधार अवधि तिमाही मजदूरी की तुलना करें, फिर नीचे दिए गए उपयुक्त बॉक्स को चेक करें और संकेतित "चरण" पर आगे बढ़ें।

☐ वैकल्पिक आधार अवधि तिमाही वेतन गलत है या गायब है। (चरण 2 पर आगे बढ़ें)

☐ वैकल्पिक आधार अवधि तिमाही मजदूरी सही है। (चरण 3 पर आगे बढ़ें)

दूसरा चरण मजदूरी जानकारी

नीचे दी गई जानकारी को पूरा करें, वेतन का प्रमाण शामिल करें और यदि आपके पास (3) से अधिक नियोक्ताओं के लिए जानकारी है तो एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

नियोक्ता का नाम: _____ त्रैमासिक सकल मजदूरी: \$ _____

नियोक्ता का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप नंबर: _____ यदि कार्य न्यूयॉर्क राज्य के बाहर किया गया था, तो राज्य बताएं: _____

नियोक्ता का नाम: _____ त्रैमासिक सकल मजदूरी: \$ _____

नियोक्ता का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप नंबर: _____ यदि कार्य न्यूयॉर्क राज्य के बाहर किया गया था, तो राज्य बताएं: _____

नियोक्ता का नाम: _____ त्रैमासिक सकल मजदूरी: \$ _____

नियोक्ता का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप नंबर: _____ यदि कार्य न्यूयॉर्क राज्य के बाहर किया गया था, तो राज्य बताएं: _____

तीसरा चरण पावती

मैं प्रमाणित करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य है और मुझे पता है कि गलत बयान देने पर दंड का प्रावधान है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं वैकल्पिक आधार अवधि का उपयोग करता हूँ, तो इन वेतनों का उपयोग भविष्य के दावे के लिए नहीं किया जा सकेगा।

हस्ताक्षर आवश्यक _____ दिनांक _____ (_____) _____ - _____
क्षेत्र कोड टेलीफोन नंबर

चौथा चरण वापसी निर्देश

यह नोटिस और सभी संलग्नक ऊपर उल्लिखित समय सीमा के भीतर प्राप्त किए जाने चाहिए! संदेश

फैक्स: 518-457-9378 यह नोटिस आपका कवर पेज है। कुल पृष्ठों की संख्या बताएं _____

या मेल: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130

अपने साप्ताहिक लाभों का दावा
वेब पर या टेली-सेवा पर कॉल करके करें।

अतिरिक्त जानकारी के लिए यहां
हमारी वेबसाइट: www.labor.ny.gov पर जाएं

सहायता के लिए, अपनी
दावेदार पुस्तिका की समीक्षा करें।