



중요!
이 양식은 가장 최근에 수령하신 금전적 수혜금 결정 통지서의 발송일로부터 역일 기준 십 일 이내에 접수되어야 합니다. 정자체로 명확하게 기입하십시오. 그렇지 않으면 양식이 처리되지 않습니다.

실업 보험 대체 기준 기간 요청서

정자체로 명확하게 기입하십시오.

성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

청구 유효/시작일: ____ / ____ / _____ 소셜 시큐리티 번호: XXX-XX-____

양식 필수요건

주간 수혜금 지급액 증가를 위해 대체 기준 기간을 이용하려면 아래의 지침을 따르십시오.

- 검정 또는 파란색 펜으로 아래의 단계를 작성하십시오.
- 급여명세서, W-2s, 1099s, 전표, 체크, 팁, 보너스, 식사, 숙소, 커미션, 휴가비 및 고용 및/또는 지불 기록과 같은 고용과 임금의 증빙으로 간주될 수 있는 모든 서류를 포함하십시오.
- 8½ x 11 단면인쇄 종이로 된 모든 증거 자료의 사본, 원본은 보내지 마십시오.
- 각 첨부자료마다 본인의 이름, 소셜 시큐리티 번호의 마지막 4자리 및 전화번호를 기입하십시오.
- 작성 완료된 본 양식 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다. 정자체로 명확하게 기입하십시오.

가장 최근에 완료된 분기의 임금이 금전적 수혜금 결정의 "높은 분기 임금"을 초과할 경우 대체 기준 기간을 이용하면 수혜금 지급액이 증가할 수 있습니다. 청구 시 대체 기준 기간을 선택할 경우 차후 청구에서는 이 임금을 사용할 수 없습니다.

1 단계 가장 최근 분기 정보

청구 유효/시작일 이전 가장 최근에 완료된 분기: ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____

분기별 금전적 수혜금 결정을 참조하여 대체 기준 기간 분기 임금을 본인 기록과 비교한 후 아래의 해당 상자에 표시하고 지정된 "단계"로 진행하십시오.

대체 기준 기간 분기 임금이 부정확하거나 누락되었음. (2 단계 진행)

대체 기준 기간 분기 임금이 정확함. (3 단계 진행)

2 단계 임금 정보

임금 증빙을 포함하여 아래 정보를 작성하되, 3명 이상의 고용주에 대한 정보가 있는 경우에는 추가 페이지를 첨부하십시오

고용주 이름: _____ 분기별 총 임금: \$ _____

고용주 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: _____

고용주 이름: _____ 분기별 총 임금: \$ _____

고용주 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: _____

고용주 이름: _____ 분기별 총 임금: \$ _____

고용주 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: _____

3 단계 인정

본인은 본인이 아는 한 위의 정보가 사실임을 증명하며 허위 진술 시 처벌될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 대체 기준 기간의 이용 시 이러한 임금은 차후 청구에 사용될 수 없음을 이해합니다.

요청자 서명 _____ 날짜 _____ (_____) _____ - _____
지역 코드 전화번호

4 단계 반송 지침

본 통지서 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다.

팩스: 518-457-9378 본 통지서는 표지입니다. 총 페이지 수: _____

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

웹 또는 Tel-Service(전화 서비스)를 통해 주간 수혜금을 청구하십시오.

추가 정보는 다음 웹사이트를 방문하십시오. www.labor.ny.gov

도움이 필요하시면 청구자 안내서를 검토하십시오.