هام!
يجب أن تتم إعادة إرسال هذه الاستمارة خلال عشرة أيام تقويمية من تاريخ آخر إخطار تحديد المخصصات النقدية.
يرجى الكتابة بحروف واضحة، إذا لم تقم بذلك فلن نتمكن من التعامل مع هذه الاستمارة.

NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

طلب إعادة النظر بشأن التأمين ضد البطالة

يُرجى الكتابة بحروف واضحة

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____

تاريخ نفاذ/بدء المطالبة: ____ / ____ / _____ رقم الضمان الاجتماعي: XX-XXX- ___ ___ ___ ___

متطلبات الاستمارة

لتصحيح الأجور و/أو إضافة أجور غير موجودة في إشعار تحديد المخصصات النقدية، اتبع التعليمات الموجودة أدناه.

- قم بإكمال معلومات صاحب العمل وأجور ربع السنة الموجودة أدناه بالحبر الأزرق أو الأسود.
- قم بإرفاق أية وثائق يمكن اعتبارها إثباتا للتوظيف والأجور مثل: كعوب شيكات الرواتب، وW-2، و 1099والإيصالات، والشيكات، والبقشيش، والعلاوات، والوجبات، ونزل الإقامة، والعمولات، ومدفوعات الإجازات، وسجلات التوظيف و/أو الدفع.
- قم بعمل صور ضوئية لكل المستندات المؤيدة على ورق ذو وجه واحد بمقياس 1/2 8 × 11، لا تقم بإرسال الأصول.
- قم بكتابة اسمك، وآخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، ورقم هاتفك على كل ورقة مرفقة.
- إذا كنت تحصل على تعويض العمال قم بإرفاق نسخة من آخر تقرير إصابة لاحق تم إرساله.
- يجب أن يتم استلام هذه الاستمارة بعد إكمالها وجميع المرفقات خلال الوقت المحدد أعلاه في الرسالة الموسومة أعلاه بعبارة "هام!". **يُرجى الكتابة بحروف واضحة. إذا لم تقم بذلك فلن نتمكن من معالجة هذا النموذج.**

معلومات جهة العمل

الرجاء الكتابة بوضوح، وإذا كان لديك معلومات لأكثر من ثلاثة أصحاب عمل فقم بإرفاق هذه المعلومات في ورقة إضافية.

إجمالي أجور أرباع السنة الخاصة بفترة العمل الأساسية أو البديلة

اكتب إجمالي أجور أرباع السنة لكل جهة عمل / ربع سنة، راجع أخر حكم الإعانة النقدية بشأن التعويضات على سبيل المثال.

اسم جهة العمل: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____

الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

اسم جهة العمل: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____

الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

اسم جهة العمل: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____

الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
الربع ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

إقرار

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه بقدر علمي صحيحة وأدرك أني معرض للعقوبات عند تقديم بيانات كاذبة، كما أتفهم أنه سوف يتم إخطاري بنتائج طلبي.

_____ ____ / ____ / _____ (_____) _____ - _____
التوقيع المطلوب — التاريخ — رقم الهاتف — رمز المنطقة

تعليمات إعادة الإرسال

يجب أن يتم استلام هذا الإخطار وكافة الوثائق المرفقة خلال الفترة الزمنية المذكورة أعلاه في الرسالة الموسومة بعبارة **"هام!"**.

بالفاكس: 518-457-9378. هذا الإخطار هو صفحة الغلاف. أشر إلى إجمالي عدد الصفحات الخاصة بك. _____

أو **بالبريد إلى:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

قم بالمطالبة بالمخصصات الأسبوعية على موقعنا www.labor.ny.gov أو ا تصل بالخدمة الهاتفية (Tel-Service) على الرقم 888-581-5812.

لمزيد من المعلومات قم بزيارة الموقع www.labor.ny.gov.

للمساعدة، راجع كتيب المطالب بالمخصصات على الموقع www.labor.ny.gov/uihandbook.