PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ!
Αυτό το έντυπο πρέπει να ληφθεί εντός 30 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία αποστολής του πιο πρόσφατου Προσδιορισμού Χρηματικού Επιδόματός σας. **Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία. Εάν δεν το πράξετε, δεν μπορούμε να επεξεργαστούμε το παρόν έντυπο.**

Ασφάλιση Ανεργίας Αίτημα Επανεξέτασης

Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Αρχικό μεσαίου ονόματος: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. Κωδ. _____

Ισχύς Αξίωσης/Ημερ. έναρξης: _____ / _____ / _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

Απαιτήσεις εντύπου

Για να διορθώσετε αμοιβές ή/και να προσθέσετε αμοιβές που δεν αποτυπώνονται στον Προσδιορισμό Χρηματικού Επιδόματός σας, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες.

- Συμπληρώστε τα στοιχεία εργοδότη και αμοιβών τριμήνου παρακάτω χρησιμοποιώντας μαύρο ή μπλε μελάνι.
- Συμπεριλάβετε τυχόν δικαιολογητικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν απόδειξη απασχόλησης και αμοιβών, όπως αποκόμματα πληρωμής, έντυπα W-2, 1099, κουπόνια, επιταγές, φιλοδωρήματα, μπόνους, γεύματα, διαμονή, προμήθειες, επίδομα διακοπών και αρχεία απασχόλησης ή/και πληρωμών.
- Μην στέλνετε τα πρωτότυπα των εγγράφων. Φωτοτυπήστε όλα τα δικαιολογητικά σε φύλο χαρτιού μονής όψης διαστάσεων 8½ x 11 ιντσών.
- Συμπληρώστε το όνομά σας, τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης και τον αριθμό τηλεφώνου σας σε όλα τα συνημμένα.
- Αν λάβατε αποζημίωση εργαζομένου, συμπεριλάβετε αντίγραφο της πιο πρόσφατης υποβολής Επακόλουθης Έκθεσης Τραυματισμού (Subsequent Report of Injury (SROI)).
- Το παρόν συμπληρωμένο έντυπο και όλα τα συνημμένα πρέπει να παραληφθούν εντός του χρονικού πλαισίου που αναφέρεται παραπάνω στο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ! μήνυμα. **Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία.**

Στοιχεία Εργοδότη

Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία. Επισυνάψτε μια πρόσθετη σελίδα εάν έχετε στοιχεία για περισσότερους από τρεις (3) εργοδότες.

Συνολικές ακαθάριστες αμοιβές τριμήνου περιόδου βάσης ή εναλλακτικής περιόδου βάσης

Συμπληρώστε στις συνολικές ακαθάριστες αμοιβές τριμήνου για κάθε εργοδότη/τρίμηνο που αναφέρεται. Ανατρέξτε στον πιο πρόσφατο Προσδιορισμό Χρηματικού Επιδόματος για βοήθεια.

Εργοδότης: _____
Διεύθυνση: _____
Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ. _____
Εάν εκτελέστηκαν εργασίες εκτός της πολιτείας της Νέας Υόρκης, αναφέρετε την πολιτεία: _____

Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Εργοδότης: _____
Διεύθυνση: _____
Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ. _____
Εάν εκτελέστηκαν εργασίες εκτός της πολιτείας της Νέας Υόρκης, αναφέρετε την πολιτεία: _____

Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Εργοδότης: _____
Διεύθυνση: _____
Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ. _____
Εάν εκτελέστηκαν εργασίες εκτός της πολιτείας της Νέας Υόρκης, αναφέρετε την πολιτεία: _____

Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Τρίμηνο _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Βεβαίωση

Δηλώνω ότι, εξ όσων είναι δυνατόν να γνωρίζω, οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και γνωρίζω ότι προβλέπονται κυρώσεις για την υποβολή ψευδών δηλώσεων. Κατανοώ ότι θα ειδοποιηθώ για τα αποτελέσματα του αιτήματός μου.

_____	_____ / _____ / _____	(_____)	_____ - _____
Υπογραφή (απαιτείται)	Ημερομηνία	Κωδ. περιοχής	Αριθμός τηλεφώνου

Οδηγίες Επιστροφής

Η παρούσα ειδοποίηση και όλα τα συνημμένα πρέπει να παραληφθούν εντός του χρονικού πλαισίου που αναφέρεται παραπάνω στο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ! μήνυμα.

Fax: 518-457-9378. Αυτή η ειδοποίηση είναι το εξώφυλλό σας Συμπληρώστε συνολικό αριθμό σελίδων _____.

Ή **ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΑ:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

Υποβάλετε αίτημα εβδομαδιαίων επιδομάτων στο www.labor.ny.gov ή καλέστε την τηλεφωνική εξυπηρέτηση στο 888-581-5812.

Για πρόσθετες πληροφορίες επισκεφθείτε: www.labor.ny.gov.

Για βοήθεια, ανατρέξτε στο εγχειρίδιο αιτούντα σας www.labor.ny.gov/uihandbook.