

**IMPORTANT !**

Ce formulaire doit être reçu dans un délai de trente jours calendaires à compter de la « Date d'envoi » de votre dernière Détermination d'allocations financières. **Veuillez écrire lisiblement en majuscules. À défaut, votre formulaire ne pourra pas être traité.**

**Assurance-chômage Demande de reconsidération**

**Écrivez lisiblement en majuscules**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale du 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date effective d'entrée en vigueur de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : XXX-XX- \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Exigences requises pour le formulaire**

Pour corriger les salaires et/ou ajouter les salaires ne figurant pas sur votre Détermination financière, suivez les instructions ci-dessous.

- Remplissez les informations relatives aux employeurs et aux salaires trimestriels ci-dessous en utilisant un stylo à encre noire ou bleue.
- Joignez tout document en votre possession pouvant servir de justificatif d'emploi et de rémunération, tel que: fiches de paie, W-2, 1099, récépissés, chèques, pourboires, primes, repas, logement, commissions, congés payés et relevés d'emploi et/ou de paiement.
- Faites des photocopies de toutes les pièces justificatives sur des feuilles de papier imprimées uniquement au recto de format 8 1/2 x 11. N'envoyez pas les originaux.
- Écrivez votre nom, les quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale et votre numéro de téléphone sur chaque pièce jointe.
- Si vous avez reçu des indemnités d'accident du travail, joignez un exemplaire de votre Déclaration d'accident la plus récente (Subsequent Report of Injury, SROI).
- Ce formulaire dûment rempli et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT ! Veuillez écrire lisiblement en majuscules.**

**Renseignements concernant l'employeur**

veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie. Joignez une page supplémentaire si vous devez fournir des renseignements concernant plus de (3) trois employeurs.

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État : \_\_\_\_\_

**Total des salaires bruts trimestriels de la Période de base basique ou alternative**

inscrivez le total des salaires bruts trimestriels pour chaque employeur/trimestres indiqué. Consultez votre Détermination de financière la plus récente si vous avez besoin d'aide.

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État : \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État : \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Trimestre \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Attestation**

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et que je suis informé(e) des pénalités encourues en cas de fausse déclaration. Je comprends que je serai informé(e) des résultats de ma demande.

\_\_\_\_\_  
Signature obligatoire

\_\_\_\_\_  
Date

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Indicatif Numéro de téléphone

**Instructions relatives au renvoi**

Cet avis et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT!**

**Fax** : 518-457-9378. Cet avis est votre page de garde. Précisez le nombre total de pages \_\_\_\_\_.

**OU Voyez li pa Lapòs: Courrier** : New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

Demandez vos allocations chaque semaine [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)  
ou en appelant Tel-Service au 888-581-5812.

Pour de plus amples renseignements  
[www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov).

Consultez votre Guide destiné aux  
demandeurs pour une assistance sur  
[www.labor.ny.gov/uihandbook](http://www.labor.ny.gov/uihandbook).