PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

महत्वपूर्ण!
यह फॉर्म आपके पिछले वित्तीय लाभ निर्धारण को डाक में देने की तिथि के दस कैलेन्डर दिनों में प्राप्त हो जाना चाहिए। **कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें। अगर आप ऐसा नहीं करते/करती हैं, तो इस फॉर्म को संसाधित नहीं कर सकते हैं।**

बेरोज़गारी बीमा पुनर्विचार की माँग

कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें

कुल नाम: _____ नाम: _____ मध्य आद्याक्षर: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

दावा प्रभावी/शुरु होने की तिथि: ____ / ____ / _____ सोशल सिक्योरिटी नंबर: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

फॉर्म की आवश्यकताएं

आपके वित्तीय लाभ निर्धारण में मौजूद वेतन में सुधार करने और/या शामिल न किए गए वेतन को जोड़ने के लिए नीचे दिए निर्देशों का पालन करें।

- नीचे नियोक्ता और त्रिमासिक वेतन जानकारी को काली या नीली स्याही से भरें।
- ऐसे कोई भी दस्तावेज़ शामिल करें जिन्हें रोज़गार और वेतन का साक्ष्य माना जा सके, जैसे कि पे स्टब, W-2, 1099, वाउचर, चेक, टिप, बोनस, भोजन, निवास, कमीशन, वेकेशन का वेतन और रोज़गार एवं/अथवा भुगतान के रिकॉर्ड।
- मूल कागज़ात न भेजें; 8½ x 11 के कागज़ पर एक ही तरफ सभी सहायक दस्तावेज़ों की फोटोकॉपी निकालें।
- अपना नाम, अपने सोशल सिक्योरिटी नंबर के अंतिम चार अंक और अपना फोन नंबर हरेक संलग्नक पर लिखें।
- अगर आपको वर्कर्स कॉम्पनसेशन मिला हो, तो अपनी सब से हाल की बाद में चोट की रिपोर्ट (सब्सिक्वन्ट रिपोर्ट ऑफ इंजरी SROI) फाइलिंग की एक प्रति शामिल करें।
- भरा हुआ फॉर्म और सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में उल्लिखित समयावधि में प्राप्त हो जाने चाहिए। **कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें।**

नियोक्ता संबंधी जानकारी

कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें। अगर आपके पास (3) से अधिक नियोक्ताओं के बारे में जानकारी हो तो एक अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

मूलभूत या वैकल्पिक आधार अवधि कुल त्रिमासिक सकल वेतन

निर्दिष्ट प्रत्येक नियोक्ता / तिमाही के लिए कुल त्रिमासिक सकल वेतन लिखें। सहायता के लिए अपना सब से हाली वित्तीय लाभ निर्धारण देखें।

नियोक्ता: _____
पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____
अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था
तो राज्य बताएं: _____

तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

नियोक्ता: _____
पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____
अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था
तो राज्य बताएं: _____

तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

नियोक्ता: _____
पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____
अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था
तो राज्य बताएं: _____

तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
तिमाही ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

प्रमाणन

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सही है और मैं झूठे बयान देने के जुर्माने से अवगत हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे अपनी माँग के परिणामों के बारे में सूचित किया जाएगा।

_____	____ / ____ / _____	(_____)	_____ - _____
हस्ताक्षर आवश्यक	तिथि	एरिया कोड	टेलीफोन नंबर

लौटाने के निर्देश

यह नोटिस और उसके सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में प्रदान समय अवधि में प्राप्त हो जाने चाहिए।

फैक्स द्वारा: 518-457-9378. यह नोटिस आपका कवर पेज है पेजिस की कुल संख्या बताएं _____.
या **डाक द्वारा:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

साप्ताहिक लाभ www.labor.ny.gov पर क्लेम करें या टेलसर्विस को 888-581-5812. पर कॉल करें।

अधिक जानकारी के लिए यहाँ जाएं: www.labor.ny.gov.

सहायता के लिए दावेदार हैंडबुक यहाँ देखें www.labor.ny.gov/uihandbook.