

IMPORTANTE!

Il presente modulo deve pervenire entro 30 giorni naturali dalla data di spedizione dell'ultima determinazione dell'importo del sussidio. **Scriva in stampatello in modo chiaro, altrimenti non saremo in grado di elaborare il modulo.**

Assicurazione per la disoccupazione Richiesta di revisione

Scriva in stampatello in modo chiaro

Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale secondo nome: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ Cap: _____

Domanda valida/Data inizio: ____ / ____ / ____ N. previdenza sociale: XXX-XX- ____

Regole per la compilazione del modulo

Per correggere la retribuzione e/o aggiungere importi non indicati nella determinazione dell'importo del sussidio seguire le istruzioni qui sotto.

- Inserire i dati sul datore di lavoro e la retribuzione trimestrali qui sotto usando inchiostro nero o blu.
- Allegare eventuali documenti attestanti l'attività lavorativa e la retribuzione, per esempio: cedolini, modelli W-2, modelli 1099, coupon, assegni, mance, bonus, pasti, alloggio, commissioni, retribuzione per ferie e altri documenti relativi all'impiego, all'assunzione e/o ai pagamenti.
- Fotocopiare tutti i documenti su fogli di dimensione 8 1/2 X 11 su una sola facciata. Non inviare gli originali.
- Su ogni allegato scrivere il proprio nome, le ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale e il numero di telefono.
- Se è titolare di una polizza per infortuni sul lavoro, accluda una copia dell'ultima iscrizione del Rapporto successivo all'infortunio (Subsequent Report of Injury, SROI).
- Questo modulo compilato e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato sopra nel messaggio **IMPORTANTE!** **Scriva in stampatello in modo chiaro.**

Dati del datore di lavoro

Scrivere in stampatello in modo chiaro. Aggiungere un foglio se è necessario inserire i dati per più di tre (3) datori di lavoro.

Datore di lavoro: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Retribuzione lorda complessiva trimestrale del periodo base di base o alternativo

Scrivere la retribuzione lorda complessiva trimestrale per ogni datore di lavoro/trimestre indicato. Per assistenza, fare riferimento all'ultima determinazione dell'importo del sussidio.

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Datore di lavoro: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Datore di lavoro: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Trimestre ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Certificazione

Certifico che le informazioni indicate qui sopra sono esatte per quanto di mia conoscenza e sono consapevole delle sanzioni previste in caso di falsa dichiarazione. Sono a conoscenza del fatto che mi saranno comunicati i risultati della mia richiesta.

Firma obbligatoria

____ / ____ / ____ (____) ____ - ____
Data Prefisso Numero telefonico

Istruzioni per la spedizione

Il modulo e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato sopra nel messaggio **IMPORTANTE!**

Fax: 518-457-9378. Questo modulo è la prima pagina. Indicare il number totale de pagine. _____.

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

Richiedi il sussidio settimanale sul sito www.labor.ny.gov o chiamando il servizio di assistenza telefonica al numero 888-581-5812.

Per maggiori informazioni visiti il nostro sito web www.labor.ny.gov.

Per assistenza, consulti il libretto informativo per i richiedenti all'indirizzo www.labor.ny.gov/uihandbook.