PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

重要！
このフォームは直近の報酬額率確定の送信日から 30 日間以内に送信される必要があります。 **明確にご記入ください。明確に書かれていない場合はこのフォームを処理することはできません。**

失業保険再考慮のリクエスト

明確にご記入ください

氏: _____ 名: _____ ミドルネームのイニシャル: _____

住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

申請有効日/開始日: ____ / ____ / _____ ソーシャルセキュリティーナンバー: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

フォームの要件

報酬額率確定に反映された報酬額を修正、または追加するには以下の通りに実施してください。

- 黒や青色のボールペンで下記に雇用者および四半期報酬額情報を記入してください。
- 給与明細書、W-2、1099、伝票、小切手、チップ、ボーナス、食事、宿泊、コミッション、休暇手当、雇用および/または支払いの記録など、勤務日数と報酬額の証明となる書類も提出してください。
- 書類の原本は郵送しないでください。すべての証明書となる書類はサイズ8½ x 11で、片面印刷をしてください。
- 提出するすべての書類に、お名前とソーシャルセキュリティナンバーの下4桁、電話番号を記入してください。
- 労災を受けた場合は、直近の労働者死傷病報告のコピーを添付してください。
- この入力が完了したフォームとすべての添付書類はすべて期日通りに送られる必要があり、重要！と明記して送ってください。 **明確にご記入ください。**

雇用者情報

明確にご記入ください。3 社以上の情報を記入する必要がある場合は、追加でページを添付してください。

標準または代替基準期間の合計四半期合計報酬額

各雇用者の合計四半期合計報酬額を記入してください。直近の報酬率確定について参照しお問い合わせください。

雇用者: _____
住所: _____
市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____
ニューヨーク州外での仕事の場合、州を記入してください。: _____

四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

雇用者: _____
住所: _____
市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____
ニューヨーク州外での仕事の場合、州を記入してください。: _____

四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

雇用者: _____
住所: _____
市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____
ニューヨーク州外での仕事の場合、州を記入してください。: _____

四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
四半期 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

認証

私は、私の知る限りにおいて上記の情報が真実であることを保証し、偽証に対して刑罰が科されることを認識しています。リクエストの結果が通知されることを理解します。

_____ ____ / ____ / _____ (_____) _____ - _____
署名必須 日付 市外局番 番号

説明書の返却

この通知とすべての添付書類はすべて期日通りに送られる必要があり、重要！と明記して送ってください。

FAX番号: 518-457-9378この通知のページ数 合計ページ数 _____

または **メールアドレス:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

888-581-5812 の Tel-Service に電話または www.labor.ny.gov に週ごとの報酬額をリクエストする。

詳細につきましてはこちらをご覧ください: www.labor.ny.gov.

サポートにつきましては、リクエストに関するハンドブックを www.labor.ny.gov/uihandbook. にてご確認ください