PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

중요!
이 양식은 가장 최근에 수령하신 금전적 수혜금결정 통지서의 발송일로부터 역일 기준 30 일이내에 접수되어야 합니다. **정자체로 명확하게기입하십시오. 그렇지 않으면 양식이 처리되지않습니다.**

실업 보험 재고 요청서

정자체로 명확하게 기입하십시오.

성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

청구 유효/시작일: ____ / ____ / _____ 소셜 시큐리티 번호: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

양식 필수요건

금전적 수혜금 결정에 반영되지 않은 임금을 수정 및/또는 추가하려면 아래의 지침을 따르십시오.

- 검정 또는 파란색 펜으로 고용주 및 분기별 임금 정보를 작성하십시오.
- 급여명세서, W-2s, 1099s, 전표, 수표, 팁, 보너스, 식사, 숙소, 커미션, 휴가비 및 고용 및/또는 지불 기록과 같은 고용과 임금의 증빙으로 간주될 수 있는 모든 서류를 포함하십시오.
- 8½ x 11 단면인쇄 종이로 된 모든 증거 자료의 사본, 원본은 보내지 마십시오.
- 각 첨부자료마다 본인의 이름, 소셜 시큐리티 번호의 마지막 4 자리 및 전화번호를 기입하십시오.
- 산재보험(worker's compensation)을 받은 경우 가장 최근의 상해에 대한 후속 신고(SROI, Subsequent Report of Injury) 제출 사본을 포함하십시오.
- 작성 완료된 본 양식 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다. **정자체로 명확하게 기입하십시오.**

고용주 정보

정자체로 명확히 기입하십시오. 3 명 이상의 고용주에 대한 정보가 있는 경우에는 추가 페이지를 첨부하십시오.

기본 또는 대체 기준 기간 전체의 분기별 총 임금

명시된 각 고용주/분기에 대한 전체 분기별 총 임금을 기입하십시오.
도움이 필요하면 가장 최근의 금전적 수혜금 결정을 참고하십시오.

고용주: _____
주소: _____
시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: _____

분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

고용주: _____
주소: _____
시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: _____

분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

고용주: _____
주소: _____
시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: _____

분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
분기 ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

인증

본인은 본인이 아는 한 위의 정보가 사실임을 증명하며 허위 진술 시 처벌될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 요청서의 결과가 통보됨을 이해합니다.

_____ ____ / ____ / _____ (_____) _____ - _____
요청자 서명 날짜 지역 코드 전화번호

반송 지침

본 통지서 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다.

팩스: 518-457-9378. 본 통지서는 표지입니다. 총 페이지 수: _____.

팩스: 518-457-9378. 본 통지서는 표지입니다. 총 페이지 수: _____.

주간 수혜금은 www.labor.ny.gov 또는 888-581-5812 번으로 전화하여 청구하십시오.

추가 정보는 웹사이트 www.labor.ny.gov. 를 방문하십시오

도움이 필요하시면 www.labor.ny.gov/uihandbook. 에 있는 청구자 안내서를 참조하십시오