PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

WAŻNE!
Odpowiedź musi być dostarczona w terminie do (30) trzydziestu dni kalendarzowych od daty wysłania ostatniego Oszacowania finansowego świadczeń. **Pisać wyraźnie. W przeciwnym razie przetworzenie formularza będzie niemożliwe.**

Zasiłki dla bezrobotnych Wniosek o ponowne rozpatrzenie

Podaj następujące informacje

Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Data początkowa/Data złożenia wniosku: _____ / _____ / _____ Numer ubezpieczenia społecznego: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

Wymagania dotyczące formularza

Aby poprawić i/lub dodać zarobki nieuwzględnione w Oszacowaniu finansowym świadczeń, prosimy zastosować się do następujących instrukcji:

- Używając czarnego lub niebieskiego długopisu, wpisz poniżej informacje dotyczące pracodawcy oraz zarobków kwartalnych.
- Załącz wszelkie dokumenty, które mogą potwierdzić twoje zatrudnienie oraz zarobki, np. odcinki wypłaty, formularz W-2, formularz 1099, kwity, czeki, napiwki, premie, wypłaty za zakwaterowanie, prowizje, wypłaty za urlopy oraz zaświadczenia o pracy i zarobkach.
- Nie wysyłaj oryginałów, zrób jednostronne kopie wszystkich dokumentów na papierze formatu 8½ x 11 cala.
- Na każdym załączonym dokumencie wpisz swoje imię, nazwisko, numer Social Security oraz numer telefonu.
- Jeżeli otrzymałeś odszkodowanie pracownicze, dołącz kopię ostatniego Kolejnego raportu dot. obrażenia (SROI).
- Wypełniony niniejszy formularz wraz ze wszelkimi załącznikami musi być dostarczony w terminie podanym powyżej w rubryce WAŻNE! **Pisać wyraźnie.**

Dane pracodawcy

Prosimy wpisać informacje czytelnym pismem. Jeżeli informacje dotyczą więcej niż trzech (3) pracodawców, dołącz dodatkową kartkę.

Pełne kwartalne zarobki brutto w zasadniczym lub alternatywnym okresie bazowym

Wpisz pełne zarobki kwartalne brutto uzyskane od każdego pracodawcy/za wskazany kwartał. Jeżeli potrzebujesz pomocy, sprawdź swoje ostatnie Oszacowanie finansowe świadczeń.

Pracodawca: _____
Adres: _____
Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____

Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Pracodawca: _____
Adres: _____
Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____

Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Pracodawca: _____
Adres: _____
Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____

Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Kwartal _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Potwierdzenie

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(-a) kar za składanie fałszywych informacji. Rozumiem, że zostanę powiadomiony(-a) o wyniku mojego wniosku.

_____ _____ / _____ / _____ (_____) _____ - _____
dpis (wymagany) Data Nr. kier. Numer telefonu

Instrukcje dot. zwrotu

Niniejszy formularz wraz z wszelkimi załącznikami musi być dostarczony w terminie podanym powyżej w rubryce „WAŻNE!".

Faks: 518-457-9378. Niniejszy wniosek jest listem przewodnim. Wpisać pełną liczbę stron _____.

LUB **Adres pocztowy:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

Złóż wniosek o cotygodniowe świadczenia online www.labor.ny.gov lub dzwoniąc do Tel-Service pod nr 888-581-5812.

Więcej informacji na stronie internetowej: www.labor.ny.gov.

Informacje pomocnicze patrz poradnik wnioskodawcy na stronie www.labor.ny.gov/uihandbook.