PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

ВНИМАНИЕ!
Ответ должен прийти в течение 30 (тридцати) календарных дней с почтовой даты последнего уведомления об определении размера денежного пособия. **Заполняйте разборчиво печатными буквами. В ином случае мы не сможем обработать эту форму.**

Страхование по безработице Ходатайство о пересмотре

Заполните

Имя: _____ Фамилия: _____ Средний инициал: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый Индекс: _____

Дата вступления заявления в силу: _____ / _____ / _____ Номер социального обеспечения (Ssn): XXX-XX- ___ ___ ___ ___

Правила заполнения

Чтобы исправить сведения о доходах и/или добавить информацию о заработках, не отраженную в вашем уведомлении об определении размера денежного пособия:

- Заполните раздел «Сведения о работе» и внесите информацию о квартальных заработках. Пользуйтесь черной или синей ручкой;
- Приложите всевозможные документы, которые могут служить подтверждением информации о вашей работе и доходах, например: корешки квитанций о зарплате, формы W-2, 1099, расписки, чеки, справки о чаевых, премиях, командировочных, комиссионных, отпускных, а также выписки о работе и/или платежах;
- Сделайте ксерокопии всех документов на отдельных стандартных (8½ x 11) листах бумаги только с одной стороны. Не высылайте оригиналы документов;
- Укажите свое имя, номер социального обеспечения и телефон на каждом прилагаемом листе/документе;
- Если вы получали компенсацию за производственную травму, приложите копию последнего поданного вами отчета о травме (SROI);
- Заполненная форма ходатайства и все приложения должны быть получены в сроки, указанные выше под рубрикой «ВНИМАНИЕ!». **Заполняйте разборчиво печатными буквами.**

Сведения о работе

Пожалуйста, пишите разборчиво. Если вы предоставляете информацию о более чем трех (3) работах, продолжите список на отдельном листе бумаги и приложите его.

Общий квартальный доход до вычета налогов (брутто) в течение базового или альтернативного расчетного периода

Внесите общую сумму дохода (брутто) с каждого места работы в указанном квартале. При заполнении сверьтесь с последним уведомлением об определении размера денежного пособия.

Место Работы: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____
Почт. Индекс: _____
Если это работа не в штате Нью-Йорк, укажите штат: _____

Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Место Работы: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____
Почт. Индекс: _____
Если это работа не в штате Нью-Йорк, укажите штат: _____

Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Место Работы: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____
Почт. Индекс: _____
Если это работа не в штате Нью-Йорк, укажите штат: _____

Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____
Квартал _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ $ _____

Подтверждение

Настоящим подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленные выше сведения соответствуют действительности, и что я осведомлен об ответственности за предоставление заведомо ложной информации. Я осведомлен о том, что мне сообщат о результатах моего ходатайства.

_____ _____ / _____ / _____ (_____) _____ - _____
Подпись (обязательно) Дата Код Номер телефона

Как и куда отправлять документы

Заполненный бланк ходатайства со всеми приложениями должны быть получены в сроки, указанные выше в рубрике «ВНИМАНИЕ!»

По факсу: 518-457-9378. Эта форма является титульной страницей. _____.

ИЛИ **По почте:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

Обращайтесь за еженедельным пособием через веб-сайт www.labor.ny.gov или позвонив в Tel-Service по номеру 888-581-5812.

Больше информации можно найти на веб-сайте: www.labor.ny.gov.

Руководство для претендентов на пособие по безработице на веб-сайте www.labor.ny.gov/uihandbook может ответить на многие ваши вопросы.