PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

¡IMPORTANTE!
Su respuesta debe ser recibida dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que envió su última Determinación Monetaria de Beneficios. **Escriba con letra de imprenta clara. De lo contrario, no podremos procesar este formulario.**

Seguro por desempleo Solicitud de reconsideración

Complete con letra de imprenta clara.

Apellido: _____ Nombre: _____ Iniciales del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de entrada en vigencia/de inicio del reclamo: _____ / _____ / _____ N.º de Seguro Social: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

Requisitos del formulario
Para corregir los ingresos o añadir ingresos que no se encuentran en su Determinación Monetaria de Beneficios, siga las siguientes instrucciones.

- Complete la información del empleador y de los ingresos trimestrales a continuación usando tinta negra o azul.
- Incluya cualquier documentación que pueda considerarse como prueba de empleo e ingresos; por ejemplo: talonarios de pago, W- 2, 1099, vales, cheques, propinas, bonos, comidas, hospedaje, comisiones, paga de vacaciones y registros de empleo o pagos.
- No envíe documentos originales. Haga copias de toda su documentación a una cara usando papel de 8½ x 11 pulgadas.
- Escriba su nombre, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y su número de teléfono en todos los documentos.
- Si usted recibió una compensación al trabajador, incluya una copia del último Informe de Lesiones Posterior (Subsequent Report of Injury, SROI) que presentó.
- Este formulario completado y todos los documentos adjuntos deben ser recibidos dentro del período indicado en el mensaje ¡IMPORTANTE! que aparece más arriba. **Escriba con letra de imprenta clara**

Información del empleador
Escriba con letra de imprenta clara. Adjunte una hoja adicional si tiene información de más de tres (3) empleadores.

Ingresos brutos totales trimestrales del período básico o alternativo
Escriba los ingresos brutos totales trimestrales para cada empleador/trimestre indicado. Consulte su última Determinación Monetaria de Beneficios si necesita ayuda.

Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

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

Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

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

Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____
Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

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

Certificación

Certifico que la información que figura más arriba es verdadera según mi leal saber y que sé que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que se me informarán los resultados de mi solicitud.

_____ ____ / ____ / _____ (_____) _____ - _____
Firma (obligatoria) Fecha Código de área Número de teléfono

Instrucciones de envío
Este formulario y toda la documentación adjunta deben recibirse dentro del período indicado más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE!

Enviar **por fax:** 518-457-9378. Este formulario es su página _____.

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

Reclame sus beneficios semanales en www.labor.ny.gov o llame a Tele-Servicio al 888-581-5812.

Para obtener más información, visite: www.labor.ny.gov.

Para obtener ayuda, consulte la Guía para Reclamantes en www.labor.ny.gov/uihandbook.