PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

NEW YORK STATE | Department of Labor

WORKING FOR YOU

E RËNDËSISHME!
Ky formular duhet të merret brenda 30 ditëve kalendarike nga data e postimit të përcaktimit tuaj të fundit të përfitimit monetar. **Ju lutemi ta plotësoni qartë. Në të kundërt, ne nuk mund ta përpunojmë atë.**

SIGURIM PAPUNËSIE Kërkesë për rikonsiderim

Ju lutemi plotësojeni qartë

Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i emrit të mesëm: _____

Adresa: _____

Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi postar: _____

Data e hyrjes në fuqi/fillimit të kërkesës: _____ / _____ / _____ Numri i sigurimeve shoqërore: XXX-XX- ___ ___ ___ ___

Kërkesat e formularit

Për të korrigjuar pagat dhe/ose shtuar pagat e pareflektuara në përcaktimin e përfitimit monetar, ndiqni udhëzimet e mëposhtme.

- Plotësoni informacionin e punëdhënësit dhe të pagave të tremujorit më poshtë duke përdorur bojë të zezë ose blu.
- Përfshini çdo dokumentacion që mund të konsiderohet si vërtetim punësimi dhe page si: fletët e pagesave, formularët W -2, 1099, dëftesat e pagave, çeqeve, bakshisheve, shpërblimeve, ushqimeve, paratë për hotelin gjatë shërbimit, pagesën e përqindjes së fituar, atë të pushimeve, si dhe të dhënat e punësimit dhe/ose të pagesës.
- Mos dërgoni dokumentet origjinale, fotokopjoni të gjithë dokumentacionin mbështetës në fa qe me madhësi 8 ½ x 11, të fotokopjuara vetëm në njërën anë të letrës.
- Shkruani emrin tuaj, katër shifrat e fundit të numrit tuaj të sigurimeve shoqërore dhe numrin tuaj të telefonit në secilën fletë të bashkëngjitur.
- Nëse e keni marrë kompensimin e punonjësit, përfshini një kopje të dorëzimit më të fundit të Raportit vijues të lëndimit (RVL; SROI).
- Ky formular i plotësuar dhe të gjitha dokumentet e bashkëngjitura duhet të merren brenda afatit kohor të shënuar më sipër në mesazhin E RËNDËSISHME! **Ju lutemi t'i plotësoni qartë.**

Informacioni i punëdhënësit
Ju lutemi shkruani qartë me shkronja shtypi. Bashkën gjitni faqe shtesë nëse keni informacion për më shumë se (3) tre punëdhënës.

Pagat bruto totale të tremujorit të periudhës bazë elementare ose alternative
Shkruani pagat bruto totale të tremujorit për secilin punëdhënës/tremujor të treguar. Referojuni përcaktimit më të fundit të përfitimit monetar për ndihmë.

Punëdhënësi: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Adresa: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Nëse puna është kryer jashtë shtetit të Nju-Jorkut,	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
tregoni shtetin: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Punëdhënësi: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Adresa: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Nëse puna është kryer jashtë shtetit të Nju-Jorkut,	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
tregoni shtetin: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Punëdhënësi: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Adresa: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Qyteti: _____ Shteti: ____ Kodi postar: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
Nëse puna është kryer jashtë shtetit të Nju-Jorkut,	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____
tregoni shtetin: _____	Tremujori ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ $ _____

Vërtetim

Vërtetoj se informacioni i mësipërm është i vërtetë me aq sa kam njohuri dhe se jam në dijeni të gjobave për lëshimin e deklaratave të rreme. E kuptoj që do të njoftohem për rezultatet e kërkesës sime.

_____ ____ / ____ / ____ (_____) _____ - _____
Kërkohet nënshkrimi — Data — Prefiksi — Numri i telefonit

Udhëzimet e kthimit

Ky njoftim dhe të gjitha dokumentet e bashkëngjitura duhet të merren bren da afatit kohor të shënuar më sipër në mesazhin E RËNDËSISHME!

Faks: 518-457-9378. Ky njoftim është faqja juaj e parë. Tregoni numrin total të faqeve _____.

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

Kërkoni përfitimet tuaja javore në www.labor.ny.gov ose duke telefonuar Tel-Service në numrin 888-581-5812.

Për më shumë informacion, vizitoni: www.labor.ny.gov.

Për ndihmë, shikoni manualin e kërkuesit në www.labor.ny.gov/uihandbook.