اہم!
یہ فارم آپ کے آخری مانیٹری بینیفٹ ڈیٹرمینیشن (مالیاتی فائدے کے تعین) کی ڈاک کی تاریخ سے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر موصول ہو جانا چاہیے۔ **براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں۔ اگر آپ ایسا نہیں کرتے ہیں تو ہم اس فارم پر کارروائی نہیں کر سکتے۔**

NEW YORK STATE | Department of Labor
WORKING FOR YOU

PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

اَن ایمپلائمنٹ انشورنس نظر ثانی کی درخواست

براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں۔

آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانی نام کا ابتدائی حرف: _____

پتہ: _____

شہر: _____ ریاست: _____ زپ کوڈ: _____

دعوی کے نفاذ /آغاز کی تاریخ: ____ / ____ / _____ سوشل سیکورٹی نمبر: XX-XXX- ___ ___ ___ ___

فارم کی شرائط

اپنی اجرتوں کو درست کرنے اور/یا ایسی اجرتوں کو شامل کرنے کے لیے جو آپ کے مالیاتی فائدے کے تعین میں ظاہر نہیں ہوئیں، ذیل میں دی گئی ہدایات پر عمل کریں۔

- سیاہ یا نیلی سیاہی استعمال کرتے ہوئے ذیل میں آجر اور سہ ماہی اجرت کی معلومات مکمل کریں۔
- کوئی بھی دستاویز شامل کریں جو ملازمت اور اجرت کا ثبوت سمجھی جا سکتی ہوں، جیسا کہ پے اسٹبز، 1099s، W-2s، ووچرز، چیک، ٹپس، بونس، کھانے، رہائش، کمیشنز، تعطیلاتی اجرت اور ملازمت اور/یا ادائیگی کے ریکارڈ۔
- اصلی دستاویزات نہ بھیجیں؛ تمام معاون دستاویزات کی فوٹو کاپی 8½ x 11 سائز کاغذ کے ایک جانب/رخ پر کریں۔
- اپنے نام، سوشل سیکیورٹی نمبر کے آخری چار ہندسے اور فون نمبر کو ہر منسلکہ دستاویز پر لکھیں۔
- اگر آپ نے ورکرز کمپنسیشن وصول کی ہے، تو اپنے (Subsequent Report of Injury) زخمی ہونے کی بعد کی حالیہ رپورٹ (SROI) فائلنگ کی ایک کاپی شامل کریں۔
- یہ مکمل شدہ فارم اور تمام منسلکہ دستاویزات اوپر دیئے گئے **"اہم!"** وقت کی حد کے اندر موصول ہو جانی چاہئیں۔ پیغام. **براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں۔**

آجر کی معلومات

براہ کرم واضح طور پر پرنٹ کریں۔ اگر آپ کے پاس تین (3) سے زیادہ آجرین کی معلومات ہیں تو ایک اضافی صفحہ منسلک کریں۔

بنیادی یا متبادل بنیادی مدت کی کل سہ ماہی مجموعی اجرت

ابر آجر / سہ ماہی کے لیے دی گئی کل سہ ماہی مجموعی اجرت لکھیں۔ مدد کے لیے اپنی مالیاتی فائدے کے تعین کی حالیہ رپورٹ کا حوالہ دیں۔

آجر: _____
اپتہ: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____
اگر کام نیویارک ریاست سے باہر کیا گیا تھا، تو ریاست کی نشاندہی کریں: _____

سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

آجر: _____
اپتہ: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____
اگر کام نیویارک ریاست سے باہر کیا گیا تھا، تو ریاست کی نشاندہی کریں: _____

سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

آجر: _____
اپتہ: _____
شہر: _____ ریاست: _____ زپ: _____
اگر کام نیویارک ریاست سے باہر کیا گیا تھا، تو ریاست کی نشاندہی کریں: _____

سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____
سہ ماہی ____ / ____ / _____ - ____ / ____ / _____ $ _____

سرٹیفیکیشن

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات میری بھرپور آگاہی کے مطابق درست ہیں اور مجھے معلوم ہے کہ جھوٹے بیانات دینے پر سزائیں موجود ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے میری درخواست کے نتائج سے مطلع کیا جائے گا۔

_____ ____ / ____ / _____ (_____) _____ - _____
دستخط (درکار ہیں) تاریخ ایریا کوڈ ٹیلی فون نمبر

واپسی کی ہدایات

یہ نوٹس اور تمام منسلکہ دستاویزات اوپر دیئے گئے **اہم!** پیغام کے وقت کی حد کے اندر موصول ہونی چاہئیں۔

فیکس: 518-457-9378 یہ نوٹس آپ کا کور پیج ہے۔ صفحات کی کل تعداد کی نشاندہی کریں۔ _____

یا **ڈاک بھیجیں:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

www.labor.ny.gov پر ہفتہ وار فوائد کا دعوی کریں یا Tel-Service کو 888-581-5812 پر کال کریں۔

مزید معلومات کے لیے ملاحظہ کریں: www.labor.ny.gov.

مدد کے لیے، www.labor.ny.gov/uihandbook. پر عویدار کی ہینڈ بک ملاحظہ فرمائیں.