

هام!
يجب أن تتم إعادة إرسال هذه الاستمارة خلال عشرة أيام
تقويمية من تاريخ آخر إخطار تحديد المخصصات النقدية.
يرجى الكتابة بحروف واضحة، إذا لم تقم بذلك فلن تتمكن
من التعامل مع هذه الاستمارة.

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

طلب إعادة النظر بشأن التأمين ضد البطالة

يُرجى الكتابة بحروف واضحة

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
تاريخ نفاذ/بدء المطالبة: _____ / _____ / _____ رقم الضمان الاجتماعي: XXX-XX-____

متطلبات الاستمارة

- لتصحيح الأجر أو إضافة أجر غير موجودة في إشعار تحديد المخصصات النقدية، اتبع التعليمات الموجودة أدناه.
- قم بإكمال معلومات صاحب العمل وأجر ربيع السنة الموجودة أدناه بالبرق الأزرق أو الأسود.
- قم بإرفاق أية وثائق يمكن اعتبارها إثباتاً للتوظيف والأجر مثل: كعوب شيكات الرواتب، وW-2، و1099 والإيصالات، والشيكات، والبقيش، والعلاوات، والوجبات، ونزل الإقامة، والعمولات، ومدفوعات الإجازات، وسجلات التوظيف و/أو الدفع.
- قم بعمل صور ضوئية لكل المستندات المؤيدة على ورق ذو وجه واحد بمقياس 11 x 8 1/2، لا تقم بإرسال الأصول.
- قم بكتابة اسمك، وآخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، ورقم هاتفك على كل ورقة مرفقة.
- إذا كنت تحصل على تعويض العمال قم بإرفاق نسخة من آخر تقرير إصابة لاحق تم إرساله.
- يجب أن يتم استلام هذه الاستمارة بعد إكمالها وجميع المرفقات خلال الوقت المحدد أعلاه في الرسالة الموسومة أعلاه بعبارة "هام!". يُرجى الكتابة بحروف واضحة. إذا لم تقم بذلك فلن تتمكن من معالجة هذا النموذج.

معلومات جهة العمل

الرجاء الكتابة بوضوح، وإذا كان لديك معلومات لأكثر من ثلاثة أصحاب عمل فقم بإرفاق هذه المعلومات في ورقة إضافية.

الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	اسم جهة العمل: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	العنوان: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	اسم جهة العمل: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	العنوان: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	اسم جهة العمل: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	العنوان: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
الربع / ____ / ____ - ____ / ____ / ____	إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____

إقرار

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه بقدر علمي صحيحة وأدرك أنني معرض للعقوبات عند تقديم بيانات كاذبة، كما أتفهم أنه سوف يتم إخطاري بنتائج طلبي.

التوقيع المطلوب _____ التاريخ _____ رقم الهاتف (____) _____ رمز المنطقة _____

تعليمات إعادة الإرسال

يجب أن يتم استلام هذا الإخطار وكافة الوثائق المرفقة خلال الفترة الزمنية المذكورة أعلاه في الرسالة الموسومة بعبارة "هام!".

بالفاكس: 518-457-9378. هذا الإخطار هو صفحة الغلاف. أشر إلى إجمالي عدد الصفحات الخاصة بك.

أو بالبريد إلى: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

لمزيد من المعلومات قم بزيارة الموقع www.labor.ny.gov للمساعدة، راجع كتيب المطالب بالمخصصات على الموقع www.labor.ny.gov/uihandbook
قم بالمطالبة بالمخصصات الأسبوعية على موقع www.labor.ny.gov أو اتصل بالخدمة الهاتفية (Tel-Service) على الرقم 888-581-5812.