



ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ!

Αυτό το έντυπο πρέπει να ληφθεί εντός 30 ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία αποστολής του πιο πρόσφατου Προσδιορισμού Χρηματικού Επιδόματός σας. **Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία. Εάν δεν το πράξετε, δεν μπορούμε να επεξεργαστούμε το παρόν έντυπο.**

Ασφάλιση Ανεργίας Αίτημα Επανεξέτασης

Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Αρχικό μεσαιού ονόματος: _____
Διεύθυνση: _____
Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. Κωδ. _____
Ισχύς Αξίωσης/Ημερ. έναρξης: ____ / ____ / ____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης: XXX-XX-____

Απαιτήσεις εντύπου

Για να διορθώσετε αμοιβές ή/και να προσθέσετε αμοιβές που δεν αποτυπώνονται στον Προσδιορισμό Χρηματικού Επιδόματός σας, ακολουθήστε τις παρακάτω οδηγίες.

- Συμπληρώστε τα στοιχεία εργοδότη και αμοιβών τριμήνου παρακάτω χρησιμοποιώντας μαύρο ή μπλε μελάνι.
- Συμπεριλάβετε τυχόν δικαιολογητικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν απόδειξη απασχόλησης και αμοιβών, όπως αποκόμματα πληρωμής, έντυπα W-2, 1099, κουπόνια, επιταγές, φιλοδωρήματα, μπόνους, γεύματα, διαμονή, προμήθειες, επίδομα διακοπών και αρχεία απασχόλησης ή/και πληρωμών.
- Μην στέλνετε τα πρωτότυπα των εγγράφων. Φωτοτυπήστε όλα τα δικαιολογητικά σε φύλο χαρτιού μονής όψης διαστάσεων 8½ x 11 ιντσών.
- Συμπληρώστε το όνομά σας, τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης και τον αριθμό τηλεφώνου σας σε όλα τα συνημμένα.
- Αν λάβατε αποζημίωση εργαζομένου, συμπεριλάβετε αντίγραφο της πιο πρόσφατης υποβολής Επακόλουθης Έκθεσης Τραυματισμού (Subsequent Report of Injury (SROI)).
- Το παρόν συμπληρωμένο έντυπο και όλα τα συνημμένα πρέπει να παραληφθούν εντός του χρονικού πλαισίου που αναφέρεται παραπάνω στο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ! μήνυμα. **Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία.**

Στοιχεία Εργοδότη

Συμπληρώστε καθαρά με κεφαλαία. Επισυνάψτε μια πρόσθετη σελίδα εάν έχετε στοιχεία για περισσότερους από τρεις (3) εργοδότες.

Εργοδότης: _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ. _____

Εάν εκτελέστηκαν εργασίες εκτός της πολιτείας της Νέας

Υόρκης, αναφέρετε την πολιτεία: _____

Συνολικές ακαθάριστες αμοιβές τριμήνου περιόδου βάσης ή εναλλακτικής περιόδου βάσης

Συμπληρώστε στις συνολικές ακαθάριστες αμοιβές τριμήνου για κάθε εργοδότη/τρίμηνο που αναφέρεται. Ανατρέξτε στον πιο πρόσφατο Προσδιορισμό Χρηματικού Επιδόματος για βοήθεια.

Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Εργοδότης: _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Διεύθυνση: _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ. _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Εάν εκτελέστηκαν εργασίες εκτός της πολιτείας της Νέας

Υόρκης, αναφέρετε την πολιτεία: _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Εργοδότης: _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Διεύθυνση: _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ. _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Εάν εκτελέστηκαν εργασίες εκτός της πολιτείας της Νέας

Υόρκης, αναφέρετε την πολιτεία: _____ Τρίμηνο ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

Βεβαίωση

Δηλώνω ότι, εξ όσων είναι δυνατόν να γνωρίζω, οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και γνωρίζω ότι προβλέπονται κυρώσεις για την υποβολή ψευδών δηλώσεων. Κατανοώ ότι θα ειδοποιηθώ για τα αποτελέσματα του αιτήματός μου.

_____/_____/_____ (_____) _____ - _____
Υπογραφή (απαιτείται) Ημερομηνία Κωδ. περιοχής Αριθμός τηλεφώνου

Οδηγίες Επιστροφής

Η παρούσα ειδοποίηση και όλα τα συνημμένα πρέπει να παραληφθούν εντός του χρονικού πλαισίου που αναφέρεται παραπάνω στο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ! μήνυμα.

Fax: 518-457-9378. Αυτή η ειδοποίηση είναι το εξώφυλλό σας Συμπληρώστε συνολικό αριθμό σελίδων _____.

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

Υποβάλετε αίτημα εβδομαδιαίων επιδομάτων στο www.labor.ny.gov ή καλέστε την τηλεφωνική εξυπηρέτηση στο 888-581-5812.

Για πρόσθετες πληροφορίες επισκεφθείτε: www.labor.ny.gov.

Για βοήθεια, ανατρέξτε στο εγχειρίδιο αιτούντα σας www.labor.ny.gov/uihandbook.