



IMPORTANT !

Ce formulaire doit être reçu dans un délai de trente jours calendaires à compter de la « Date d'envoi » de votre dernière Détermination d'allocations financières. **Veillez écrire lisiblement en majuscules. À défaut, votre formulaire ne pourra pas être traité.**

Assurance-chômage Demande de reconsidération

Écrivez lisiblement en majuscules

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale du 2^e prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Date effective d'entrée en vigueur de la demande : ____ / ____ / ____ N° Sécurité Sociale : XXX-XX- ____ _

Exigences requises pour le formulaire

Pour corriger les salaires et/ou ajouter les salaires ne figurant pas sur votre Détermination financière, suivez les instructions ci-dessous.

- Remplissez les informations relatives aux employeurs et aux salaires trimestriels ci-dessous en utilisant un stylo à encre noire ou bleue.
- Joignez tout document en votre possession pouvant servir de justificatif d'emploi et de rémunération, tel que: fiches de paie, W-2, 1099, récépissés, chèques, pourboires, primes, repas, logement, commissions, congés payés et relevés d'emploi et/ou de paiement.
- Faites des photocopies de toutes les pièces justificatives sur des feuilles de papier imprimées uniquement au recto de format 8 1/2 x 11. N'envoyez pas les originaux.
- Écrivez votre nom, les quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale et votre numéro de téléphone sur chaque pièce jointe.
- Si vous avez reçu des indemnités d'accident du travail, joignez un exemplaire de votre Déclaration d'accident la plus récente (Subsequent Report of Injury, SROI).
- Ce formulaire dûment rempli et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT ! Veillez écrire lisiblement en majuscules.**

Renseignements concernant l'employeur

veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie. Joignez une page supplémentaire si vous devez fournir des renseignements concernant plus de (3) trois employeurs.

Employeur : _____
Adresse : _____
Ville : _____ État : _____ Code Postal : _____
Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État : _____

Total des salaires bruts trimestriels de la Période de base basique ou alternative

inscrivez le total des salaires bruts trimestriels pour chaque employeur/trimestres indiqué. Consultez votre Détermination de financière la plus récente si vous avez besoin d'aide.

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

Attestation

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et que je suis informé(e) des pénalités encourues en cas de fausse déclaration. Je comprends que je serai informé(e) des résultats de ma demande.

_____/_____/_____ (_____) _____ - _____
Signature obligatoire Date Indicatif Numéro de téléphone

Instructions relatives au renvoi

Cet avis et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT!**

Fax : 518-457-9378. Cet avis est votre page de garde. Précisez le nombre total de pages _____.

OU Voyez li pa Lapòs: Courrier : New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

Demandez vos allocations chaque semaine www.labor.ny.gov ou en appelant Tel-Service au 888-581-5812.

Pour de plus amples renseignements www.labor.ny.gov.

Consultez votre Guide destiné aux demandeurs pour une assistance sur www.labor.ny.gov/uihandbook.