



यह फॉर्म आपके पिछले वित्तीय लाभ निर्धारण को डाक में देने की तिथि के दस कैलेन्डर दिनों में प्राप्त हो जाना चाहिए। कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें। अगर आप ऐसा नहीं करते/करती हैं, तो इस फॉर्म को संसाधित नहीं कर सकते हैं।

बेरोज़गारी बीमा पुनर्विचार की माँग

कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें

कुल नाम: _____ नाम: _____ मध्य आद्याक्षर: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

दावा प्रभावी/शुरु होने की तिथि: ____ / ____ / ____ सोशल सिक्योरिटी नंबर: XXX-XX-____

फॉर्म की आवश्यकताएं

आपके वित्तीय लाभ निर्धारण में मौजूद वेतन में सुधार करने और/या शामिल न किए गए वेतन को जोड़ने के लिए नीचे दिए निर्देशों का पालन करें।

- नीचे नियोक्ता और त्रिमासिक वेतन जानकारी को काली या नीली स्याही से भरें।
- ऐसे कोई भी दस्तावेज़ शामिल करें जिन्हें रोज़गार और वेतन का साक्ष्य माना जा सके, जैसे कि पे स्टब, W-2, 1099, वाउचर, चेक, टिप, बोनस, भोजन, निवास, कमीशन, वेकेशन का वेतन और रोज़गार एवं/अथवा भुगतान के रिकॉर्ड।
- मूल कागज़ात न भेजें; 8½ x 11 के कागज़ पर एक ही तरफ सभी सहायक दस्तावेज़ों की फोटोकॉपी निकालें।
- अपना नाम, अपने सोशल सिक्योरिटी नंबर के अंतिम चार अंक और अपना फोन नंबर हरेक संलग्नक पर लिखें।
- अगर आपको वर्कर्स कॉम्पनसेशन मिला हो, तो अपनी सब से हाल की बाद में चोट की रिपोर्ट (सब्सिस्टेंट रिपोर्ट ऑफ़ इंजरी SROI) फाइलिंग की एक प्रति शामिल करें।
- भरा हुआ फॉर्म और सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में उल्लिखित समयावधि में प्राप्त हो जाने चाहिए। कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें।

नियोक्ता संबंधी जानकारी

कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें। अगर आपके पास (3) से अधिक नियोक्ताओं के बारे में जानकारी हो तो एक अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

नियोक्ता: _____

पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था

तो राज्य बताएं: _____

मूलभूत या वैकल्पिक आधार अवधि कुल त्रिमासिक सकल वेतन

निर्दिष्ट प्रत्येक नियोक्ता / तिमाही के लिए कुल त्रिमासिक सकल वेतन लिखें। सहायता के लिए अपना सब से हाली वित्तीय लाभ निर्धारण देखें।

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

नियोक्ता: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

पता: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

तो राज्य बताएं: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

नियोक्ता: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

पता: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

तो राज्य बताएं: _____

तिमाही ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ \$ _____

प्रमाणन

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सही है और मैं झूठे बयान देने के जुर्मन से अवगत हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे अपनी माँग के परिणामों के बारे में सूचित किया जाएगा।

हस्ताक्षर आवश्यक

तिथि

(____) _____

एरिया कोड

टेलीफोन नंबर

लौटाने के निर्देश

यह नोटिस और उसके सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में प्रदान समय अवधि में प्राप्त हो जाने चाहिए।

फैक्स द्वारा: 518-457-9378. यह नोटिस आपका कवर पेज है पेजिस की कुल संख्या बताएं _____.

या डाक द्वारा: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

साप्ताहिक लाभ www.labor.ny.gov पर क्लेम करें या अधिक जानकारी के लिए यहाँ जाएं: www.labor.ny.gov.

सहायता के लिए दावेदार हैंडबुक यहाँ देखें www.labor.ny.gov/uihandbook.