



اہم!
یہ فارم آپ کے آخری ماتحتی بیانیہ ڈیٹریمنٹیشن
(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۔

آن 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: _____
دعویٰ کے نفاذ/آغاز کی تاریخ: _____ / _____ / _____ سوشل سیکورٹی نمبر: XXX-XX-____

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 ہو، جیسا کہ پے اسٹیٹز، 1099s، W-2s، ووجرز، 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 11 1/2 x 11 کاغذ کے ایک جانب/رخ پر کریں۔
- اپنے نام، سوشل سیکورٹی نمبر کے آخری چار ہندسے اور فون نمبر کو ہر منسلک دستاویز پر لکھیں۔
- اگر آپ نے ورکرز کمپنیشن 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 منسلک دستاویزات اوپر دینے 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۔

آجر:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
پتہ:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
شہر:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
ریاست:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
زپ:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
اگر کام نیویارک ریاست سے باہر کیا گیا تھا، تو ریاست کی نشاندہی کریں:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
آجر:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
پتہ:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
شہر:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
ریاست:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
زپ:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
اگر کام نیویارک ریاست سے باہر کیا گیا تھا، تو ریاست کی نشاندہی کریں:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
آجر:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
پتہ:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
شہر:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
ریاست:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
زپ:	سہ ماہی _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ \$
اگر کام نیویارک ریاست سے باہر کیا گیا تھا، تو ریاست کی نشاندہی کریں:	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 منسلک دستاویزات اوپر دینے 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

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

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

پر ہفتہ وار فوائد کا دعویٰ کریں یا Tel-Service کو 888-581-5812 پر کال کریں۔