



중요!

본인의 마지막 금전적 수혜금 결정서의
우편발송 날짜로부터 10일 이내에
답변은 수령되어야 합니다.

실업 보험 (UNEMPLOYMENT INSURANCE) 대체 기준 기간을 위한 요청 (Request for Alternate Base Period)

다음 사항을
완전히 기입하여
주십시오.

이름: _____ 사회보장번호(SOCIAL SECURITY #): ____-____-_____
주소: _____
도시: _____ 주(STATE): _____ 우편번호(ZIP) _____
청구 실효/시작 날짜: ____/____/____ 수혜금 년도 마지막 날짜: ____/____/____

양식
요구사항들

본인의 주간 수혜금 지급액을 증가시키기 위해서 '대체 기준 기간'을 사용하기를 원하신다면:



- I 검정 또는 파란 색의 펜을 이용하여 아래 단계를 완성하십시오.
- I 임금 증명을 포함하십시오. (임금에는 커미션과 휴가 유급을 비롯하여, 팁, 보너스, 식사 그리고 숙박의 금전적 가치가 포함됩니다.)
- I 모든 보충 서류를 8½ x 11 크기 종이에 단면 복사하십시오. 원본을 보내지 마십시오.
- I 각 첨부 서류마다 본인의 이름, 사회보장번호(Social Security Number) 그리고 전화번호를 적으십시오.
- I 완성된 본 통지서와 모든 첨부 서류들은 위 **중요!** 공지에 명시된 기한 내로 반드시 수령되어야 합니다.



종료된 마지막 연중 분기의 임금이 본인의 '금전적 수혜금 결정서'에 적힌 "높은 분기 임금"(High Quarter Wages)보다
많은 경우, '대체 기준 기간'(Alternate Base Period)을 사용하면 수혜금 지급액이 증가될 수도 있습니다. 하나의
청구를 성립하기 위해서 '대체 기준 기간'을 사용하실 경우, 미래의 청구에서 그 임금들을 다시 쓰실 수 없습니다.

1단계
마지막 연중
분기 정보

본인의 청구 실효/시작 날짜 전에 종료된 마지막 연중 분기: ____/____/____ 부터 ____/____/____ 까지
월 일 년 월 일 년

- 연중 분기 날짜에 관해 본인의 '금전적 수혜금 결정'(Monetary Benefit Determination)을 참조하시고 본인의 기록에서 '대체
기준 기간 분기 임금'들을 비교하십시오. 그 후 아래의 네모 중 해당되는 곳에 체크하시고 "단계"별 지시사항에 따르십시오.
- '대체 기준 기간 분기 임금'(Alternate Base Period Quarter Wages)이 정확하지 않거나 빠져 있음. (2단계로 가십시오.)
- '대체 기준 기간 분기 임금'(Alternate Base Period Quarter Wages)이 정확함. (3단계로 가십시오.)

2단계
임금 정보

아래 정보를 완성하십시오. 임금 증명을 포함하시고, 셋(3) 이상의 고용주(회사) 정보 기입을 위해서는 추가 페이지를
첨부하십시오.

고용주(회사) 이름: _____ 분기별 총임금 \$ _____
고용주(회사) 주소: _____

도시: _____ 주(STATE): _____ 우편번호(ZIP): _____
뉴욕 주 외부에서 수행된
일이었다면, 그 주를 표시하십시오. _____

고용주(회사) 이름: _____ 분기별 총임금 \$ _____
고용주(회사) 주소: _____

도시: _____ 주(STATE): _____ 우편번호(ZIP): _____
뉴욕 주 외부에서 수행된
일이었다면, 그 주를 표시하십시오. _____

고용주(회사) 이름: _____ 분기별 총임금 \$ _____
고용주(회사) 주소: _____

도시: _____ 주(STATE): _____ 우편번호(ZIP): _____
뉴욕 주 외부에서 수행된
일이었다면, 그 주를 표시하십시오. _____

3단계
인정 선언

대체 기준 기간을 사용할 경우, 이 임금은 미래의 청구를 위해서 다시 쓰여질 수 없음을 본인은 이해합니다.

서명 요구란 날짜 지역번호 전화번호

4단계
보내실 곳
지시사항

본 통지서와 모든 첨부 서류들은 위 **중요!** 공지에 명시된 기한 내로 반드시 수령되어야 합니다.



팩스: 518-457-9378
본 통지서가 표지(cover page)가 됩니다.
총 페이지 수를 적으십시오: _____



우편물: New York State Department of Labor(뉴욕 주 노동부)
P.O. Box 15130
Albany, NY 12212-5130



웹사이트에서 또는 전화 서비스(Tel-Service)에
연락하셔서 본인의 주간 수혜금을 청구하십시오.



웹사이트에서 또는 전화
서비스(Tel-Service)에 연락하셔서 본인의
주간 수혜금을 청구하십시오.



도움을 위해서, 여러분의 청구인
안내서를 참조하십시오.