



Odpowiedź musi być otrzymana w ciągu (10) dziesięciu dni od daty wysłania ostatniego Oszacowania Finansowego Zasiłku.

UBEZPIECZENIE BEZROBOCIA

Prośba o Alternatywny Okres Bazowy

Wypełnij
następujące
informacje

NAZWISKO: _____ NR SOCIAL SECURITY: ____-____-_____
ADRES: _____
MIASTO: _____ STAN: _____ KOD POCZT: _____
DATA WEJŚCIA W ŻYCIĘ/ROZPOCZĘCIA WNIOSKU: __/__/__ KOŃCOWA DATA ROKU ZASIŁKU: __/__/__

Wymogi formularza

Jeśli chcesz wykorzystać alternatywny okres bazowy do zwiększenia tygodniowej stawki zasiłku::



- I Czarnym lub niebieskim atramentem podaj poniżej informacje o pracodawcy i kwartalnym wynagrodzeniu;
- I Załącz dowód wynagrodzenia, (wynagrodzenie obejmuje finansową wartość napiwków, ulg, posiłków i zakwaterowania jak i prowizji oraz płatnego urlopu);
- I Wykonaj fotokopie wszystkich dokumentów w formacie 8½ x 11 i na jednej stronie. Nie wysyłaj oryginałów;
- I Na każdym załączniku napisz swoje imię i nazwisko, nr Social Security i numer telefonu;
- I Wypełnione dokumenty i wszystkie załączniki muszą do nas dotrzeć w podanym wyżej terminie oznaczonym WAŻNE!



Jeśli wynagrodzenie w ostatnim zakończonym kwartale kalendarzowym przekracza "Najlepsze wynagrodzenie kwartalne" w Oszacowaniu Finansowym, korzystanie z alternatywnego okresu bazowego może zwiększyć stawkę zasiłku. Jeśli do złożenia wniosku wykorzystasz alternatywny okres bazowy, nie będziesz mógł użyć tych wynagrodzeń do przyszłych wniosków.

Krok 1

Ostatni zakończony kwartał kalendarzowy przed datą wejścia w życie/rozpoczęcia wniosku: __/__/__ przez __/__/__

Informacje z Ostatniego Kwartału Kalendarzowego

Proszę odnieść się do Oszacowania Finansowego dla kwartałów kalendarzowych i porównać wynagrodzenia kwartalne alternatywnych okresów bazowych ze swoimi danymi, potem sprawdzić? odpowiednie pole poniżej i kontynuować do wskazanego "Kroku".

- Wynagrodzenia kwartalne alternatywnego okresu bazowego są niepoprawne lub brakujące. (Przejdź do kroku 2)
- Wynagrodzenia kwartalne alternatywnego okresu bazowego są poprawne. (Przejdź do kroku 3)

Krok 2

Proszę wypełnić informację poniżej, dołączyć dowód wynagrodzenia i dodatkową kartę jeśli masz informacje o więcej niż trzech (3) pracodawcach.

Informacje o Wynagrodzeniu

PRACODAWCA: _____ PENSJE KWARTALNE BRUTTO \$ _____
ADRES PRACODAWCY: _____
MIASTO: _____ STAN: ____ ZIP: _____
Jeśli praca była wykonywana poza stanem New York, wskaż stan _____

PRACODAWCA: _____ PENSJE KWARTALNE BRUTTO \$ _____
ADRES PRACODAWCY: _____
MIASTO: _____ STAN: ____ ZIP: _____
Jeśli praca była wykonywana poza stanem New York, wskaż stan _____

PRACODAWCA: _____ PENSJE KWARTALNE BRUTTO \$ _____
ADRES PRACODAWCY: _____
MIASTO: _____ STAN: ____ ZIP: _____
Jeśli praca była wykonywana poza stanem New York, wskaż stan _____

Krok 3

Zdaję sobie sprawę, że korzystając z Alternatywnego Okresu Bazowego, nie mogę wykorzystywać tych wynagrodzeń do przyszłych wniosków.

Oświadczenie

Wymagany podpis _____ Data _____ Kierunkowy numer telefoniczny _____

Krok 4

Instrukcje Zwrotne



FAX: 518-457-9378
Ten dokument jest stroną pierwszą.
Podaj liczbę stron ogółem _____

LUB



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



Składaj wniosek o cotygodniowy zasiłek na stronie internetowej lub zadzwoń na Tel-Service.



Dodatkowe informacje znajdują się na naszej stronie internetowej: www.labor.ny.gov



Aby uzyskać pomoc, przejrzyj swój Poradnik Wnioskodawcy