



紐約州勞工廳
NEW YORK STATE
DEPARTMENT OF LABOR
P. O. Box 15130
ALBANY, NY 12212-5130

重要資訊!

我們必須在最後一次“付款決定”寄出的三十(30)日之內收到此申請表。

**失業保險
復審申請**

於此完整填寫

姓名：_____ 社會安全號：_____-_____-_____
 地址：_____
 城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____
 申請生效/開始日期：____/____/____ 受益年結束日期：____/____/____

如需改正工資額及/或補填未列於“付款決定”上的工資，請按照以下說明填表。

填表須知



- l 使用黑色或藍色墨水填寫雇主及季度資薪資訊；
- l 附上資薪（資薪包括有貨幣價值的小費、獎金、食宿、傭金以及假期工資）證明。
- l 所有證明文件應複印於8 ½ x 11單面紙張。請勿寄送原件；
- l 所有附件都應標明您的姓名，社會安全號及電話號碼；
- l 如您領取工傷賠償金，請附上最新C8表格複印件；
- l 我們必須在上述“重要資訊！”中說明的日期之前收到填好的本表格及所有附件。

雇主資訊

請以正楷清楚填寫。如您有三個以上雇主資訊，請另加附頁。

雇主：_____
 地址：_____
 城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____
 如在紐約州以外工作，請填寫該州名：____

基本或替用基期內全部季度總收入

填入為每位雇主工作期間/每季度的全部季度總收入。如需幫助，可參見您近期的“付款決定”上的數據。

季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
	月 日 年 月 日 年	

雇主：_____
 地址：_____
 城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____
 如在紐約州以外工作，請填寫該州名：____

季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
	月 日 年 月 日 年	

雇主：_____
 地址：_____
 城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____
 如在紐約州以外工作，請填寫該州名：____

季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
季度	____/____/____ - ____/____/____	□□□□, □□□□.□□
	月 日 年 月 日 年	

認證

我宣誓上述資訊均為屬實，並理解我會收到有關本申請所作決定的通知。

簽名（此項必填）

日期

區域號碼

電話號碼

呈遞說明

我們必須在上述“重要資訊！”中說明的日期之前收到填好的本表格及所有附件。



傳真：518-457-9378 或
 此表應為傳真第一頁。
 在此注明總頁數____



郵寄：紐約州勞工廳
 New York State Department of Labor
 P.O. Box 15130, Albany, NY



上網或致電“電話服務”申領周福利。



如需更多資訊，請使用我們的網站：
www.labor.ny.gov



如需協助，請參閱『申領人手冊』