



ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH

Prośba o Ponowne Rozpatrzenie

Uzupełnij następujące informacje

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

Wymogi formularza

Aby poprawić informacje o wynagrodzeniu i/lub dodać wynagrodzenia nie wymienione w Oszacowaniu Finansowym, postępuj zgodnie z poniższą instrukcją.



- Czarnym lub niebieskim atramentem podaj poniżej informacje o pracodawcy i kwartalnym wynagrodzeniu;
- Załącz dowód wynagrodzenia, (wynagrodzenie obejmuje finansową wartość napiwków, ulg, posiłków i zakwaterowania jak i prowizji oraz płatnego urlopu).
- Wykonaj fotokopie wszystkich dokumentów w formacie 8½ x 11 i na jednej stronie. Nie wysyłaj oryginałów;
- Na każdym załączniku napisz swoje imię i nazwisko, nr Social Security i numer telefonu;
- Jeśli otrzymałeś Wyrównanie Pracownicze załącz kopię ostatniego formularza C8;
- Wypełnione dokumenty i wszystkie załączniki muszą do nas dotrzeć w podanym wyżej terminie oznaczonym WAŻNE!

Informacje o pracodawcy

Proszę pisać pismem drukowanym. Dołączyć dodatkową kartę jeśli masz informacje o więcej trzech (3) pracodawcach..

PRACODAWCA: _____

ADRES: _____

MIASTO: _____ STAN: _____ ZIP: _____

Jeśli pracowałeś poza granicami stanu New York, wskaż stan: ____

Podstawowy lub alternatywny okres bazowy wynagrodzeń kwartalnych brutto

Wpisz kwartalne pensje brutto od każdego pracodawcy / zaznaczonego kwartału. Odnieś się do ostatniego Oszacowania Finansowego.

KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 MM DD RRRR MM DD RRRR

PRACODAWCA: _____

ADRES: _____

MIASTO: _____ STAN: _____ ZIP: _____

Jeśli pracowałeś poza granicami stanu New York, wskaż stan: ____

KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 MM DD RRRR MM DD RRRR

PRACODAWCA: _____

ADRES: _____

MIASTO: _____ STAN: _____ ZIP: _____

Jeśli pracowałeś poza granicami stanu New York, wskaż stan: ____

KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 KWARTAŁ __/__/__ - __/__/__ ,
 MM DD RRRR MM DD RRRR

Oświadczenie

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

Wymagany podpis

Data

Kierunkowy numer telefoniczny

Zwrotne

Ten dokument i wszystkie załączniki muszą do nas dotrzeć w podanym wyżej terminie oznaczonym WAŻNE!

Instrukcje



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