



NEW YORK STATE
DEPARTMENT OF LABOR
P. O. Box 15130
ALBANY, NY 12212-5130

¡IMPORTANTE!

Su respuesta debe ser recibida dentro de (30) treinta días de la Fecha de Envío de su última Determinación Monetaria de Beneficios

SEGURO POR DESEMPLEO
Solicitud para Reconsideración

Complete la información siguiente

NOMBRE: _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA EFECTIVA/DE EMPIEZO DEL RECLAMO: ____ / ____ / ____ FECHA DEL FIN DEL AÑO DE BENEFICIOS: ____ / ____ / ____

Requisitos del formulario

Para corregir los ingresos y/o para añadir ingresos que no se indican en su Determinación Monetaria de Beneficios, siga las instrucciones más abajo.



- Complete la información más abajo del patrono e ingresos trimestrales usando tinta negra o azul.
- Incluye cualquiera documentación que se puede considerar como prueba de empleo e ingresos, por ejemplo: talonarios de pago, W-2, 1099, vales, cheques, propinas, pagos extras, comidas, hospedaje, comisiones, pago de vacaciones y archivos de empleo y/o pagos.
- Haga fotocopias de toda la documentación en un lado de una hoja de 8½ x 11 pulgadas. No envíe originales.
- Escriba su nombre, número de Seguro Social y número de teléfono en todos los documentos.
- Si usted recibió Compensación al Trabajador, incluya una copia de su formulario más reciente C-8.
- Este formulario completado y todos los documentos deben ser recibidos dentro del período indicado en el mensaje ¡IMPORTANTE!

Información del Patrono

Por favor, escriba claramente. Adjunte una hoja adicional si usted tiene información para más de (3) tres patronos.

PATRONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

Período Básico o Alterno Ingresos Totales Brutos Trimestrales

Escriba los ingresos totales brutos trimestrales para cada patrono/trimestre indicado. Refiera a su Determinación Monetaria de Beneficios más reciente para ayuda.

TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
	MM DD AAAA MM DD AAAA													

PATRONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
	MM DD AAAA MM DD AAAA													

PATRONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
TRIMESTRE	__/__/__ - __/__/__	\$												
	MM DD AAAA MM DD AAAA													

Certificación

Certifico que la información mas arriba es verdadera según mi leal saber y se que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que se me avisará de los resultados de mi solicitud.

Firma Requerida

Fecha

Código de Area

Número de Teléfono

Instrucciones para Devolver

Este formulario y toda la documentación deben ser recibidos dentro del período indicado más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE!



FAX: 518-457-9378
Este formulario es su página de cubierta.
Indique # total de páginas: ____



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



Para reclamar los beneficios,
llame Tele-Servicio, 888-864-9920



Para información adicional, vaya a
nuestro sitio web: www.labor.state.ny.us



Para ayuda, revise su Guía para
Reclamantes