



Department of Labor  
P.O. Box 15130  
Albany, NY 12212-5130  
[www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)

**IMPORTANT !**

Ce formulaire doit être reçu dans un délai de dix jours calendaires à compter de la « Date d'envoi » de votre dernière Détermination financière. **Veillez écrire lisiblement en majuscules. À défaut, votre formulaire ne pourra pas être traité.**

**ASSURANCE-CHÔMAGE**  
**Demande de Période de base alternative**

Écrivez lisiblement en majuscules

NOM DE FAMILLE: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_ INITIALE du 2<sup>e</sup> PRÉNOM: \_\_\_\_\_  
ADRESSE: \_\_\_\_\_  
VILLE: \_\_\_\_\_ ÉTAT: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_  
DATE EFFECTIVE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA DEMANDE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° SÉCURITÉ SOCIALE : XXX - XX - \_\_\_\_\_

Exigences requises pour le formulaire



Si vous désirez utiliser la Période de base alternative pour accroître le montant de vos allocations hebdomadaires:

- Fournissez les informations requises pour chacune des étapes ci-dessous en utilisant un stylo à encre noire ou bleue.
- Joignez tout document en votre possession pouvant servir de justificatif d'emploi et de salaires, tel que : fiches de paie, W-2, 1099, récépissés, chèques, pourboires, primes, repas, logement, commissions, congés payés et relevés d'emploi et/ou de paiement.
- Faites des photocopies de toutes les pièces justificatives sur des feuilles de papier imprimées uniquement au recto de format 8 1/2 x 11. N'envoyez pas les originaux.
- Écrivez votre nom, les quatre derniers chiffres de votre numéro de Sécurité Sociale et numéro de téléphone sur chaque pièce jointe.
- Ce formulaire dûment rempli et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT !** **Veillez écrire lisiblement en majuscules.**

Si les salaires de votre dernier trimestre civil achevé sont supérieurs aux « Salaires trimestriels les plus élevés » figurant sur votre Détermination financière, l'utilisation de la Période de base alternative peut accroître le montant de vos allocations. Si vous choisissez d'utiliser la Période de base alternative en vue de faire votre demande, vous ne serez pas en mesure d'utiliser ces salaires à l'égard d'une demande future.



Étape 1 Renseignements concernant le dernier trimestre civil

Le dernier trimestre civil achevé avant la date d'entrée en vigueur de votre demande va du: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Mois Jour . Année Mois Jour . Année

Consultez votre Détermination financière où vous trouverez les dates des trimestres civils et comparez les salaires trimestriels de la Période de base alternative à vos relevés, puis cochez la case appropriée ci-dessous et passez à l'étape qui vous est indiquée.

Les salaires trimestriels de la Période de base alternative sont incorrects ou incomplets. ("Passez à l'étape 2")  
 Les salaires trimestriels de la Période de base alternative sont corrects. (Passez à l'étape 3).

Étape 2 Renseignements concernant les salaires

Fournissez les renseignements demandés ci-dessous, joignez des justificatifs de salaire et une page supplémentaire si vous avez des renseignements concernant plus de trois (3) employeurs.

NOM DE L'EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_ SALAIRES BRUTS TRIMESTRIELS \_\_\_\_\_ \$  
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_  
VILLE: \_\_\_\_\_ ÉTAT: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_  
Si le travail a été effectué hors de l'État de New York, indiquez le nom de l'État: \_\_\_\_\_

NOM DE L'EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_ SALAIRES BRUTS TRIMESTRIELS \_\_\_\_\_ \$  
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_  
VILLE: \_\_\_\_\_ ÉTAT: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_  
Si le travail a été effectué hors de l'État de New York, indiquez le nom de l'État: \_\_\_\_\_

NOM DE L'EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_ SALAIRES BRUTS TRIMESTRIELS \_\_\_\_\_ \$  
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_  
VILLE: \_\_\_\_\_ ÉTAT: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL: \_\_\_\_\_  
Si le travail a été effectué hors de l'État de New York, indiquez le nom de l'État: \_\_\_\_\_

Étape 3 Attestation

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et que je suis informé(e) des pénalités encourues en cas de fausse déclaration. Je comprends que si j'utilise la Période de base alternative, ces salaires ne pourront être utilisés dans le cadre d'une demande future.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Signature obligatoire Date Indicatif Numéro de téléphone

Étape 4 Instructions de renvoi

Cet avis et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT !**

PAR FAX : 518-457-9378 OU PAR COURRIER : New York State Department of Labor  
Cet avis est votre page de garde. P.O. Box 15130  
Précisez le nombre total de pages \_\_\_\_\_ Albany, NY 12212-5 130



Demandez vos allocations chaque semaine sur Internet ou en appelant Tel-Service.



Pour de plus amples renseignements, visitez Internet : [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)



Consultez votre Guide destiné aux demandeurs pour une assistance.