



Department of Labor
PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130
www.labor.ny.gov

IMPORTANTE!

Il presente modulo deve pervenire entro 30 giorni naturali dalla data di spedizione dell'ultima determinazione dell'importo del sussidio. **Scriva in stampatello in modo chiaro, altrimenti non saremo in grado di elaborare il modulo.**

**Assicurazione per la disoccupazione
Richiesta di revisione**

Scriva in stampatello in modo chiaro

Cognome: _____ Nome: _____ Iniziale secondo nome: _____
Indirizzo: _____
Città: _____ Stato: _____ Cap: _____
Domanda valida/Data inizio ____/____/____ N. previdenza sociale: XXX - XX - ____

Regole per la compilazione del modulo

Per correggere la retribuzione e/o aggiungere importi non indicati nella determinazione dell'importo del sussidio seguire le istruzioni qui sotto.



- Inserire i dati sul datore di lavoro e la retribuzione trimestrali qui sotto usando inchiostro nero o blu.
- Allegare eventuali documenti attestanti l'attività lavorativa e la retribuzione, per esempio: cedolini, modelli W-2, modelli 1099, coupon, assegni, mance, bonus, pasti, alloggio, commissioni, retribuzione per ferie e altri documenti relativi all'impiego, all'assunzione e/o ai pagamenti.
- Fotocopiare tutti i documenti su fogli di dimensione 8 1/2 X 11 su una sola facciata. Non inviare gli originali.
- Su ogni allegato scrivere il proprio nome, le ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale e il numero di telefono.
- Se è titolare di una polizza per infortuni sul lavoro, accluda una copia dell'ultima iscrizione del Rapporto successivo all'infortunio (Subsequent Report of Injury, SROI).
- Questo modulo compilato e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato sopra nel messaggio IMPORTANTE!



Scriva in stampatello in modo chiaro.

Dati del datore di lavoro

Scrivere in stampatello in modo chiaro. Aggiungere un foglio se è necessario inserire i dati per più di tre (3) datori di lavoro.

Datore di lavoro: _____
Indirizzo: _____
Città: _____
Stato: _____ CAP: _____

Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Retribuzione lorda complessiva trimestrale del periodo base di base o alternativo

Scrivere la retribuzione lorda complessiva trimestrale per ogni datore di lavoro/ trimestre indicato. Per assistenza, fare riferimento all'ultima determinazione dell'importo del sussidio.

Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____

Datore di lavoro: _____
Indirizzo: _____
Città: _____
Stato: _____ CAP: _____

Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____

Datore di lavoro: _____
Città: _____
Stato: _____ CAP: _____

Se è stata prestata un'attività lavorativa fuori dallo stato di New York, indicare in quale stato: _____

Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____
Trimestre : ____/____/____ - ____/____/____ \$ _____, _____ . _____

Certificazione

Certifico che le informazioni indicate qui sopra sono esatte per quanto di mia conoscenza e sono consapevole delle sanzioni previste in caso di falsa dichiarazione. Sono a conoscenza del fatto che mi saranno comunicati i risultati della mia richiesta.

Firma obbligatoria

Data

Prefisso

Numero telefonico

Istruzioni per la spedizione

I modulo e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato sopra nel messaggio IMPORTANTE!



Fax: 518-457-9378. Questo modulo è la prima pagina. Indicare il number totale de pagine.



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



Richieda il sussidio settimanale sul sito www.labor.ny.gov o chiamando il servizio di assistenza telefonica al numero 888-581-5812.



Per maggiori informazioni visiti il nostro sito web www.labor.ny.gov.



Per assistenza, consulti il libretto informativo per i richiedenti all'indirizzo www.labor.ny.gov/uihandbook.