

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

Unemployment Insurance Division
PO Box 15131
Albany, NY 12212-5131

Αίτημα Αιτούντα για Ακρόαση

Συμπληρώστε τα τέσσερα τελευταία ψηφία του Αριθμού Κοινωνικής Ασφάλισης (SSN) σας: _____

Το όνομά σας (κεφαλαία): _____

Μπορείτε να ζητήσετε ακρόαση για Ασφάλιση Ανεργίας (UI) με δύο τρόπους, ηλεκτρονικά ή μέσω ταχυδρομείου.

- Για να ζητήσετε ακρόαση ηλεκτρονικά, συνδεθείτε με τον λογαριασμό σας στο NY.Gov. Πατήστε το εικονίδιο του φακέλου στην επάνω δεξιά γωνία της σελίδας «My Online Services». Στη συνέχεια, δημιουργήστε ένα νέο μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Επιλέξτε «Hearings and Appeals» (Ακροάσεις και Προσφυγές) από το αναπτυσσόμενο μενού ως πρώτη γραμμή θέματος και «I want to request a hearing» (Θέλω να ζητήσω ακρόαση) ως δεύτερη γραμμή θέματος.
- Για να ζητήσετε ακρόαση μέσω ταχυδρομείου, συμπληρώστε και υπογράψτε αυτό το έντυπο. Ταχυδρομήστε στη διεύθυνση που αναγράφεται στο επάνω μέρος αυτού του εντύπου. Γράψτε **μόνο** στον χώρο που παρέχεται σε αυτό το έντυπο. **Μην** γράψετε έξω από τα περιθώρια ή στην πίσω πλευρά. Εάν χρειαστείτε περισσότερο χώρο, χρησιμοποιήστε ένα φύλλο λευκού χαρτιού διαστάσεων 8 ½ x 11 ιντσών. Βεβαιωθείτε ότι έχετε γράψει το όνομά σας και τα τέσσερα τελευταία ψηφία του αριθμού κοινωνικής ασφάλισης σε όλα τα έγγραφα που στέλνετε. Μην συρράπτετε.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Για να προστατεύσετε τα δικαιώματά σας στις παροχές Ασφάλισης Ανεργίας που ενδέχεται να δικαιούστε να λάβετε, συνεχίστε να πιστοποιείτε για επιδόματα Ασφάλισης Ανεργίας κάθε εβδομάδα, για όσο διάστημα είστε άνεργοι.

Διαφωνώ με την **Γνωστοποίηση Προσδιορισμού** με ημερομηνία ____/____/____ (μήνας, ημέρα, έτος) και ζητώ ακρόαση. Λόγος (προαιρετικό):

Εάν ζητάτε ακρόαση σχετικά με προσδιορισμό που αποφασίστηκε πάνω 30 ημέρες νωρίτερα, αναφέρετε τον λόγο για τον οποίο καθυστερήσατε να μας ειδοποιήσετε:

Όνομα τελευταίου εργοδότη: _____

Φυσική τοποθεσία εργασίας (τοποθεσία όπου παρουσιαζόσασταν τακτικά για εργασία):

Οδός _____ Πόλη _____ Πολιτεία _____ Ταχ. κώδικας _____

Τηλέφωνο Εργασίας: (_____) _____

Θα θέλατε η ακρόασή σας να γίνει σε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά; Ναι Όχι

Αν ναι, σε ποια γλώσσα και διάλεκτο: _____

Ημερομηνίες κατά τις οποίες δεν είστε διαθέσιμοι για ακρόαση: _____

Διεύθυνση email: _____ Τηλέφωνο: (_____) _____

Ταχυδρομική διεύθυνση: _____ Διαμ./Όροφος: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ.: _____

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Για πληροφορίες σχετικά με το Γραφείο Συνηγόρου Αιτούντων Ασφάλισης Ανεργίας και για να δείτε ένα βίντεο σχετικά με την προετοιμασία για ακρόαση, επισκεφθείτε τον ιστότοπό μας dol.ny.gov/unemployment-insurance-claimant-advocate-office.