

यह फॉर्म आपके पिछले वित्तीय लाभ निर्धारण को डाक में देने की तिथि के दस कैलेंडर दिनों में प्राप्त हो जाना चाहिए। कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें। अगर आप ऐसा नहीं करते/करती हैं, तो हम इस फॉर्म को संसाधित नहीं कर सकते हैं।

बेरोज़गारी बीमा वैकल्पिक आधार अवधि की माँग

कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें

कुल नाम: _____ नाम: _____ मध्य आद्याक्षर: _____
पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____
दावा प्रभावी/शुरुआत की तिथि: ____ / ____ / ____ सोशल सिक्योरिटी #: XXX - XX - _____

फॉर्म की
आवश्यकताएं

अगर आप अपने साप्ताहिक लाभ की दर को बढ़ाने के लिए वैकल्पिक आधार अवधि इस्तेमाल करना चाहते/चाहती हैं:

- निम्न चरणों को काली या नीली स्याही से पूरा करें।
- ऐसे कोई भी दस्तावेज़ शामिल करें जिन्हें रोज़गार और वेतन का साक्ष्य माना जा सके, जैसे कि पे स्टब, W-2, 1099, वाउचर, चेक, टिप, बोनस, भोजन, निवास, कमीशन, वेकेशन का वेतन और रोज़गार एवं/अथवा भुगतान के रिकॉर्ड।
- 8½ x 11 के कागज़ पर एक ही तरफ सभी सहायक दस्तावेज़ों की फोटोकॉपी निकालें। मूल कागज़ात न भेजें।
- अपना नाम, अपने सोशल सिक्योरिटी नंबर के अंतिम चार अंक और अपना फोन नंबर हरेक संलग्नक पर लिखें।
- भरा हुआ फॉर्म और सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में उल्लिखित समयावधि में प्राप्त हो जाने चाहिए। कृपया स्पष्ट रूप से प्रिंट करें।

अगर आपने पूरी की पिछली कैलेंडर तिमाही का वेतन आपके वित्तीय लाभ निर्धारण पर "उच्च तिमाही वेतन" से अधिक हो, तो हो सकता है कि वैकल्पिक आधार अवधि का इस्तेमाल करने से आपकी लाभ की दर बढ़ जाए। अगर आप दावा स्थापित करने के लिए वैकल्पिक आधार अवधि चुनते/चुनती हैं, तो आप उस वेतन का भविष्य में कोई दावा करने के लिए इस्तेमाल नहीं कर पाएंगे/पाएंगी।

चरण 1
पिछली कैलेंडर
तिमाही संबंधी
जानकारी

आपके दावे की प्रभावी/शुरुआत की तिथि से पहले पूरा की गई पिछली कैलेंडर तिमाही है: ____ / ____ / ____ से ____ / ____ / ____।
महीना/दिन/वर्ष महीना/दिन/वर्ष
कैलेंडर तिमाही की तिथियों के लिए अपना वित्तीय लाभ निर्धारण देखें और वैकल्पिक आधार अवधि तिमाही के वेतन को अपने रिकॉर्ड से जाँचें, फिर नीचे उपयुक्त बॉक्स में सही का निशान बनाएं और फिर बताएं "चरण" पर आगे बढ़ें।
 वैकल्पिक आधार अवधि तिमाही वेतन गलत या नामौजूद है। (चरण 2 पर जाएं)
 वैकल्पिक आधार अवधि तिमाही का वेतन सही है। (चरण 3 पर जाएं)

चरण 2
वेतन
जानकारी

नीचे जानकारी भरें, वेतन का साक्ष्य शामिल करें और अगर आपके पास (3) तीन से अधिक नियोक्ताओं के बारे में जानकारी हो, तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।
नियोक्ता का नाम: _____ तिमाही की सकल आय \$ _____
नियोक्ता का पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____ अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था तो राज्य बताएं _____
नियोक्ता का नाम: _____ तिमाही की सकल आय \$ _____
नियोक्ता का पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____ अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था तो राज्य बताएं _____
नियोक्ता का नाम: _____ तिमाही की सकल आय \$ _____
नियोक्ता का पता: _____
शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप: _____ अगर काम New York राज्य से बाहर किया गया था तो राज्य बताएं _____

चरण 3
स्वीकृति

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार सही है और मैं झूठे बयान देने के जुर्मनि से अवगत हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं वैकल्पिक आधार अवधि का इस्तेमाल करूँ, तो इस वेतन का इस्तेमाल भावी दावे के लिए नहीं किया जा सकता है।

हस्ताक्षर आवश्यक

तिथि

एरिया कोड

टेलीफोन नंबर

चरण 4
लौटाने के निर्देश

यह नोटिस और उसके सभी संलग्नक ऊपर महत्वपूर्ण! संदेश में प्रदान समय अवधि में प्राप्त हो जाने चाहिए।
फैक्स: 518-457-9378 या डाक द्वारा: New York State Department of Labor
यह नोटिस आपका कवर पेज है। P.O. Box 15130
पेजिस की कुल # बताएं _____ Albany, NY 12212-5130

अपने साप्ताहिक लाभ वेब पर या टेल-सर्विस को कॉल करके क्लेम करें।

अतिरिक्त जानकारी के लिए हमारी वेबसाइट पर जाएं: www.labor.ny.gov

सहायता के लिए, अपनी दावेदार हैंडबुक देखें।