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

실업 보험
대체 기준 기간 요청서

중요 고지 사항!
귀하가 받게 될 주간 수급액을 보여주는 '금전 수당 결정 (Monetary Benefit Determinations)' 통지서를 보내드렸습니다. 본 수급액은 급여를 바탕으로 결정됩니다. 급여가 일부 누락되었다고 여기는 경우, 본 양식을 작성해주시기 바랍니다. 양식은 가장 최근의 금전 수당 결정 통지서에 명시된 바와 같이 발송한 날짜로부터 10일 이내에 접수되어야 합니다. **정자로 명확하게 작성해주시기 바랍니다. 필체를 읽기 힘든 경우, 보내 주신 양식을 처리할 수 없습니다.**

정자체로 명확하게 기입하십시오.

성:_____ 이름:_____ 중간 이름 이니셜: _____

주소:_____

시/군:_____ 주/도: _____ 우편 번호:_____

청구 유효/시작 일자: ____/____/____ 사회 보장 번호: XXX – XX - __ __ __ __

양식 필수요건

주간 수혜금 지급액 증가를 위해 대체 기준 기간을 이용하려면 아래의 지침을 따르십시오.

- 검정 또는 파란색 펜으로 아래의 단계를 작성하십시오.
- 급여명세서, W-2s, 1099s, 전표, 체크, 팁, 보너스, 식사, 숙소, 커미션, 휴가비 및 고용 및/또는 지불 기록과 같은 고용과 임금의 증빙으로 간주될 수 있는 모든 서류를 포함하십시오.
- 8½ x 11 단면인쇄 종이로 된 모든 증거 자료의 사본, 원본은 보내지 마십시오.
- 각 첨부자료마다 본인의 이름, 소셜 시큐리티 번호의 마지막 4 자리 및 전화번호를 기입하십시오.
- 작성 완료된 본 양식 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다. **정자체로 명확하게 기입하십시오.**

가장 최근에 완료된 분기의 임금이 금전적 수혜금 결정의 "높은 분기 임금"을 초과할 경우 대체 기준 기간을 이용하면 수혜금 지급액이 증가할 수 있습니다. 청구 시 대체 기준 기간을 선택할 경우 차후 청구에서는 이 임금을 사용할 수 없습니다.

1 단계 가장 최근 분기 정보

청구 유효/시작일 이전 가장 최근에 완료된 분기: __/__/__ (월 일 년) - __/__/__. (월 일 년)

분기별 금전적 수혜금 결정을 참조하여 대체 기준 기간 분기 임금을 본인 기록과 비교한 후 아래의 해당 상자에 표시하고 지정된 "단계"로 진행하십시오.

☐ 대체 기준 기간 분기 임금이 부정확하거나 누락되었음. (2 단계 진행)

☐ 대체 기준 기간 분기 임금이 정확함. (3 단계 진행)

2 단계 임금 정보

임금 증빙을 포함하여 아래 정보를 작성하되, 3 명 이상의 고용주에 대한 정보가 있는 경우에는 추가 페이지를 첨부하십시오

고용인 이름:_____분기별 총급여 $_____

고용인 주소:_____

시/군:_____주/도:_____우편 번호:_____ 뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시 _____

고용인 이름:_____분기별 총급여 $_____

고용인 주소: _____

시/군:_____주/도:_____우편 번호:_____ 뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시 _____

고용인 이름:_____분기별 총급여 $_____

고용인 주소: _____

시/군:_____주/도:_____우편 번호:_____ 뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시 _____

3 단계 인정

본인은 본인이 아는 한 위의 정보가 사실임을 증명하며 허위 진술 시 처벌될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 대체 기준 기간의 이용 시 이러한 임금은 차후 청구에 사용될 수 없음을 이해합니다.

_____ _____ _____ – _____ – _____
요청자 서명 날짜 지역 코드 전화번호

4 단계 반송 지침

본 통지서 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다

팩스: 518-457-9378
본 통지서는 표지입니다.
총 페이지 수: _____

또는

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

또는 **온라인 :** www.labor.ny.gov/signin 온라인 계정 메시징 시스템을 통해 제출하십시오. "문서 제출"을 선택한 다음 "임금 문서 제출"을 선택하십시오. 제목 줄 "임금 문서"를 사용하십시오.

주간 수혜금은 www.labor.ny.gov 또는 888-581-5812 번으로 전화하여 청구하십시오.

추가 정보는 웹사이트 www.labor.ny.gov 를 방문하십시오

도움이 필요하시면 www.labor.ny.gov/uihandbook 에 있는 청구자 안내서를 참조하십시오