



IMPORTANT !

Nous vous avons envoyé une Détermination de subsides vous indiquant le montant hebdomadaire que vous recevrez. Ces subsides sont calculés en fonction de votre revenu. Si vous estimez que nous avons oublié une partie de votre revenu, veuillez remplir ce formulaire. Ce formulaire doit nous parvenir dans les 30 jours civils suivant la Date d'envoi indiquée sur le dernier avis de Détermination de subsides que vous avez reçu. **Veuillez écrire lisiblement. Si votre écriture est illisible, nous ne pourrions pas traiter ce formulaire.**

**Assurance-chômage
Demande de reconsidération**

Écrivez lisiblement en majuscules

Nom de famille: _____ Prénom: _____ Initiale du 2^e 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

Pour corriger les salaires et/ou ajouter les salaires ne figurant pas sur votre Détermination financière, suivez les instructions ci-dessous.

- Remplissez les informations relatives aux employeurs et aux salaires trimestriels 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 rémunération, 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 votre numéro de téléphone sur chaque pièce jointe.
- Si vous avez reçu des indemnités d'accident du travail, joignez un exemplaire de votre Déclaration d'accident la plus récente (Subsequent Report of Injury, SROI).
- Ce formulaire dûment rempli et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé **IMPORTANT ! Veuillez écrire lisiblement en majuscules.**

Renseignements concernant l'employeur:

veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie. Joignez une page supplémentaire si vous devez fournir des renseignements concernant plus de (3) trois employeurs.

Employeur: _____
Adresse: _____
Ville: _____
État: _____ Code Postal: _____
Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État: _____

Total des salaires bruts trimestriels de la Période de base basique ou

alternative: inscrivez le total des salaires bruts trimestriels pour chaque employeur/trimestres indiqué. Consultez votre Détermination de financière la plus récente si vous avez besoin d'aide.

Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.

Employeur: _____
Adresse: _____
Ville: _____
État: _____ Code Postal: _____
Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État: _____

Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.

Employeur: _____
Adresse: _____
Ville: _____
État: _____ Code Postal: _____
Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État: _____

Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.
Trimestre	___/___/___ - ___/___/___	\$ _____, _____.

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 je serai informé(e) des résultats de ma demande.

_____/_____/_____
Signature obligatoire Date Indicatif Numéro de téléphone

Instructions relatives au renvoi

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

Fax : 518-457-9378. Cet avis est votre page de garde. Précisez le nombre total de pages _____.

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

OU **En ligne :** www.labor.ny.gov/signin. Envoyer via le système de messagerie du compte en ligne. Sélectionnez « Envoyer les documents » (Submit Documents), puis « Envoyer les documents liés à la rémunération » (Submit Wage Documents). Dans l'objet de votre e-mail, précisez « Documentation liée à la rémunération » (Wage Documentation).

