

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

Domanda di udienza del datore di lavoro

Inserire le ultime quattro cifre del Numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN) del richiedente:

Nome del richiedente (in stampatello): _____

- Scrivere **soltanto** nell'apposito spazio **nella prima pagina** del presente modulo. Non scrivere fuori dei margini.
- Verrà acquisita un'immagine elettronica di **un** solo lato del presente modulo.
- Se è necessario altro spazio, utilizzare un foglio di carta bianco da 8½ x 11 pollici.
- Scrivere il nome e le ultime quattro cifre del numero di previdenza sociale del richiedente su tutti i documenti da inviare.
- Compilare, firmare e inviare il presente modulo all'indirizzo riportato qui sopra.

Spiegare in maniera completa e dettagliata perché ci si oppone alla decisione. La mancata presentazione di una spiegazione dettagliata potrebbe limitare le possibilità di sollevare ulteriori obiezioni in occasione dell'udienza.

Non sono d'accordo con l'**Avviso di decisione** (Notice of Determination) del ____/____/____ (mese, giorno, anno) perché:

e richiedo un'udienza in merito a questa decisione.

Se la domanda di udienza viene presentata più di 30 giorni dopo la data della decisione, spiegare il motivo del ritardo:

Sede di lavoro del richiedente (luogo fisico in cui il richiedente si presentava al lavoro):

Via _____ Città _____ Stato _____ CAP _____

Numero di telefono del lavoro: (____) _____

N. REG. DATORE DI LAVORO NYS: ____ - ____

Nome datore di lavoro: _____

Referente (in stampatello): _____

Numero di telefono del referente: (____) _____

Indirizzo postale per la documentazione dell'udienza: _____

E-mail: _____

Firma

Data

Per ricevere informazioni su come prepararsi all'udienza, consultare il nostro sito web

<http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm>