

WE ARE YOUR DOL



قسم التأمين ضد البطالة
P0 Box 15131
Albany, NY 12212-5131

طلب جهة العمل انعقاد جلسة استماع

أدخل الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي للمُطالب: _____

اسم المُطالب (مطبوع): _____

- اكتب في المساحات المتوفرة فقط الموجودة في وجه هذا النموذج. لا تخرج عن الهوامش.
- سيتم إنشاء صورة إلكترونية من جانب واحد فقط من هذا النموذج.
- إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، فاستخدم قطعة ورق أبيض مقاس 8 1/2 x 11 بوصة.
- اكتب اسم المُطالب والأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي الخاص به أو بها على كل الأوراق التي ترسلها.
- قم بإرسال هذا النموذج بعد استكمالها والتوقيع عليه بالبريد على العنوان المذكور أعلاه.

يجب أن تقدم معلومات واقية عن سبب اعتراضك على هذا القرار. قد يؤدي عدم ذكر اعتراضك بالتفصيل الكافي إلى الحد من قدرتك على الإفصاح عن أي مخاوف جديدة في جلسة الاستماع.

أنا أعترض على إخطار القرار الصادر بتاريخ _____ / _____ / _____ (الشهر، اليوم، السنة) بسبب

وأطلب انعقاد جلسة استماع بشأن هذا القرار.

إذا كنت تطلب انعقاد جلسة استماع بشأن قرار صادر منذ أكثر من 30 يومًا، يرجى ذكر سبب التأخير في إخطارنا بذلك:

موقع العمل الفعلي للمُطالب (الموقع الذي يذهب إليه المُطالب عادة للعمل):

الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم هاتف العمل: (_____) _____ رقم تسجيل جهة العمل في ولاية نيويورك:

اسم جهة العمل: _____

جهة الاتصال (مطبوع): _____

رقم هاتف الاتصال: (_____) _____

عنوان إرسال مستندات جلسة الاستماع بالبريد: _____

البريد الإلكتروني: _____

التاريخ

التوقيع

للحصول على معلومات بشأن الاستعداد لجلسة الاستماع، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط <http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm>