

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

বেকার ভাতা বিভাগ

PO Box 15131

Albany, NY 12212-5131

শুনানির জন্য নিয়োগকর্তার অনুরোধ

দাবিদারের এর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের শেষ চারটি নম্বর লিখুন (SSN): _____

দাবিদারের নাম (প্রিন্ট করুন): _____

- এই ফর্মের **সামনে** যেখানে ফাঁকা জায়গা দেওয়া হয়েছে **শুধুমাত্র** সেখানে লিখুন। মার্জিন বজায় রাখুন।
- এই ফর্মের কেবল **একটি** দিকে একটি বৈদ্যুতিন চিত্র তৈরি করা হবে।
- আপনার আরও ফাঁকা জায়গার প্রয়োজন হলে, আপনি 8 ½ x 11 ইঞ্চির একটি সাদা কাগজ ব্যবহার করতে পারেন।
- দাবিদারের নাম লিখুন এবং পুরুষ অথবা মহিলার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরটি আপনি যেই কাগজগুলো পাঠাবেন তার সমস্ত পাতায় লিখুন।
- উপরোক্ত ঠিকানায় পূরণ এবং সাফর করা এই ফর্মটি মেল করে পাঠান।

আপনি কেন এই দূচ সংকল্পের বিষয়ে আপত্তি করছেন সে সম্পর্কে আপনাকে অবশ্যই বিশদ বিবরণ প্রদান করতে হবে। আপনার আপত্তি জানানোর বিষয়ে পর্যাপ্ত বিবরণ দিতে ব্যর্থ হলে তার ফলে শুনানিতে নতুন উদ্বেগ উত্থাপনের ক্ষেত্রে আপনার ক্ষমতা সীমাবদ্ধ করা হতে পারে।

আমি _____/_____/_____ (মাস, দিন, বছর) তারিখের **দূচ সংকল্পের নোটিশ** সম্পর্কে সহমত নই কারণ

এবং আমি এই দূচ সংকল্পের শুনানির জন্য অনুরোধ করেছি।

যদি আপনি 30 দিনের বেশি পুরানো সংকল্পের বিষয়ে শুনানির জন্য অনুরোধ করে থাকেন তবে অনুগ্রহ করে আমাদের জানানোর জন্য বিলম্বের কারণটি বর্ণনা করুন:

দাবিদার যেখানে কাজ করেন সেখানের অবস্থান (যেখানে দাবিদার নিয়মিত কাজের জন্য রিপোর্ট করেছেন):

রাষ্ট্র _____ শহর _____ রাজ্য _____ জিপ কোড _____

কর্মস্থলের ফোন নম্বর: (_____) _____ NYS ER নং.: _____-_____-_____-_____-_____

নিয়োগকর্তার নাম: _____

ব্যক্তি যার সঙ্গে যোগাযোগ করা হবে (প্রিন্ট): _____

যোগাযোগ করার জন্য ফোন নম্বর: (_____) _____

শুনানির জন্য নথিপত্র পাঠানোর ডাক ঠিকানা: _____

ইমেল: _____

স্বাক্ষর

তারিখ

শুনানির জন্য কীভাবে প্রস্তুতি নেওয়া যায় সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য আমাদের <http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm>

ওয়েবসাইট দেখুন