

# WE ARE YOUR DOL



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

## 고용주 심리 요청

청구인의 소셜 시큐리티 번호(SSN) 마지막 네 자리를 기재하십시오: \_\_\_\_\_

청구인 이름(정자체): \_\_\_\_\_

- 이 양식의 앞면에 제공된 공간에만 작성해 주십시오. 여백에는 작성하지 마십시오.
- 전자 이미지는 양식의 한쪽 면에만 만들 수 있습니다.
- 공간이 더 필요하시면 22x28cm(8 1/2x11 인치) 크기의 흰색 종이를 사용하시기 바랍니다.
- 보내는 종이마다 청구인의 이름과 청구인의 소셜 시큐리티 번호 마지막 네 자리를 기재하여 주십시오.
- 작성 후 서명한 양식을 위의 주소로 보내주십시오.

이 결정사항에 반대하는 상세한 이유를 반드시 기재해 주십시오. 반대하는 이유를 상세히 기재하지 않으면, 심리에서 새로운 우려사항을 제기하는 데 제약이 있을 수 있습니다.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (년, 월, 일)의 결정사항 통지에 동의하지 않습니다.

이에 이 결정사항에 대한 심리를 요청합니다.

30 일 이전의 결정사항에 대한 심리를 요청하려면, 지연된 이유를 설명하여 주십시오.

청구인의 근무 장소(정기적으로 출근한 곳):

도로명 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

직장 전화번호: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ NYS ER 번호: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

고용주 이름: \_\_\_\_\_

담당자(정자체): \_\_\_\_\_

연락 가능한 전화번호: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

심리 문서 우편 주소: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

서명

날짜

심리 준비 방법에 대한 정보를 원하시면 웹 사이트 <http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm> 를 방문해 주십시오.