

WE ARE YOUR DOL



Unemployment Insurance Division
P0 Box 15131
Albany, NY 12212-5131

雇用主からの公聴会の要請

請求者の社会保障番号 (SSN) の下4桁を入力してください。 _____

請求者の氏名 (印刷) : _____

- この用紙の表にある空欄のみに書き込んでください。余白を取らないこと。
- 電子画像は、この用紙の片面のみ作成されます。
- さらに余白を必要とする場合は、8 ½ x 11 インチの白紙を使用し、記入してください。
- 送付する書類の全てに、請求者の名前と社会保障番号の下4桁を記入してください。
- 署名した用紙を上記の住所に郵送してください。

あなたは、この決定に対して異議を唱える理由を完全に詳しく述べなければなりません。十分な詳細が記載されていない場合は、公聴会で新たな懸念事項を提起する能力が制限されることになります。

私は、以下の理由により、_____/_____/_____ (月、日、年) 付の**決定の通知**に同意しません。

そのため、この決定に関する公聴会を請求します。

30日以上前の決定について公聴会を請求する場合は、通知が遅れた理由を記載してください。

請求者の物理的な勤務地 (請求者が定期的に出勤する場所) :

通り 市 州 郵便番号

勤務先の電話番号 : (_____) _____ ニューヨーク州ER 番号 : ____ - _____

雇用主の氏名: _____

担当者 (印刷) : _____

連絡先の電話番号 : (_____) _____

公聴会の資料郵送先: _____

電子メール: _____

署名 _____ 日付 _____
公聴会の準備方法については、<http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm> のウェブサイトをご覧ください。
LO 436 (12/20)