

WE ARE YOUR DOL



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

Kërkesa e punëdhënësit për seancë:

Futni katër shifrat e fundit të Numrit të Sigurimeve Shoqërore të kërkuarit (SSN): _____

Emri i pretenduesit (germa shtypi): _____

- Shkruaj **vetëm** në hapësirën e dhënë **përpara** kësaj forme. Qëndroni brenda hapësirave.
- Një imazh elektronik do të bëhet vetëm nga **një** anë e kësaj forme.
- Nëse keni nevojë për më shumë hapësirë, përdorni një copë letre të bardhë 8 ½ x 11 inç.
- Shkruani emrin e pretenduesit dhe katër shifrat e fundit të numrit të tij të sigurimeve shoqërore në të gjitha letrat që dërgoni.
- Dërgojeni këtë formular të plotësuar dhe të nënshkruar në adresën e mësipërme.

Ju duhet të jepni detaje të plota përse e kundërshtoni këtë përcaktim. Dështimi për të shprehur kundërshtimin tuaj në detaje të mjaftueshme mund të rezultojë në kufizimin e aftësisë suaj për të ngritur shqetësime të reja në seancë.

Unë nuk jam dakord me **Njoftimin e Përcaktimit** datë ____/____/____ (muaj, ditë, vit) sepse

dhe po kërkoj seancë dëgjimore lidhur me këtë përcaktim.

Nëse po kërkon një seancë dëgjimore për një vendim që është më shumë se 30 ditë i vjetër, ju lutemi tregoni arsyen e vonësës për të na njoftuar:

Vendndodhja fizike e punës së paraqitësit të kërkesës (vendi ku paraqitësi i kërkesës raportonte rregullisht për të punuar):

Rruga _____ Qyteti _____ Shteti _____ Kodi Zip _____

Numri i telefonit të punës: (_____) _____ NYS ER Nr.: _____ - _____

Emri i punëdhënësit: _____

Personi i kontaktit (germa shtypi): _____

Numri i telefonit të kontaktit: (_____) _____

Adresa postare e dokumentit të dëgjimit: _____

Email: _____

Data _____ e Nënshkrimit _____

Për informacion se si të përgatiteni për një seancë, vizitoni faqen tonë të internetit në <http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm>