Department of Labor
PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130
www.labor.ny.gov

বেকারত্ব বীমা
পুনর্বিবেচনার জন্য অনুরোধ

গুরুত্বপূর্ণ!

আপনি সাপ্তাহিক যে সুবিধাগুলো পাবেন তা দেখানোর জন্য আমরা আপনাকে একটি Monetary Benefit Determinations (আর্থিক সুবিধা সংক্রান্ত নির্ধারণ) পাঠিয়েছি। এই সুবিধাগুলো আপনার মজুরির উপর নির্ভর করে। আপনার যদি মনে হয় যে মজুরির কিছু অংশ থেকে আপনি বঞ্চিত হয়েছেন বা মিস করেছেন তাহলে, অনুগ্রহ করে এই ফর্মটি পূরণ করুন। আপনার সাম্প্রতিকতম আর্থিক সুবিধা নির্ধারণের বিজ্ঞপ্তিতে যেমন দেখানো হয়েছে সেই অনুসারে এই ফর্মটি ডাকযোগে পাঠানোর তারিখের 30 ক্যালেন্ডার দিবসের মধ্যে এটি আমাদের কাছে অবশ্যই এসে পৌঁছাতে হবে। **অনুগ্রহ করে পরিষ্কারভাবে প্রিন্ট করুন। আমরা যদি আপনার লেখা পড়তে না পারি, তাহলে আমরা এই ফর্মটি প্রক্রিয়া করতে পারবো না।**

অনুগ্রহ করে পরিষ্কারভাবে প্রিন্ট করুন

পদবি:_____ নাম: _____ মাঝের নাম:____

ঠিকানা:_____

শহর:_____ রাজ্য:_____ জিপ কোড:_____

দাবি জানানোর কার্যকারী/তারিখ:____/___/_____ সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: XXX-XX-___ ___ ___ ___

ফর্মের প্রয়োজনীয়তাগুলো

মজুরি সংশোধন করতে এবং/অথবা আপনার আর্থিক সুবিধা নির্ধারণে প্রতিফলিত হয়নি এমন মজুরিগুলো যুক্ত করতে, নীচের নির্দেশাবলী অনুসরণ করুন।

- কালো বা নীল কালি ব্যবহার করে নীচে নিয়োগকর্তা এবং ত্রৈমাসিক মজুরি সম্পর্কিত তথ্য দিন।
- এমন যে কোনো নথিপত্র অন্তর্ভুক্ত করুন যা কর্মসংস্থান এবং মজুরির প্রমাণ হিসাবে বিবেচিত হতে পারে যেমন পে-স্টাবস, W-2s, 1099s, ভাউচার, চেক, টিপস, বোনাস, খাবার, লজিং, কমিশন, ছুটিতে থাকা সময়ের বেতন এবং কর্মসংস্থান এবং/অথবা অর্থ প্রদানের রেকর্ড।
- মূল নথিপত্রগুলো পাঠাবেন না; সমস্ত সহায়ক নথিপত্রের ফটোকপি 8½ x 11 আকারে এক-দিকের-পৃষ্ঠায় করে পাঠাবেন।
- প্রত্যেকটি অ্যাটাচমেন্টে আপনার নাম, আপনার সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বরের শেষ চারটি অঙ্ক এবং ফোন নম্বর লিখুন।
- যদি আপনি শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ পেয়ে থেকেন, তাহলে আমাদেরকে আপনার অতি সাম্প্রতিক আঘাতের পরবর্তী রিপোর্ট (SROI) আমাদের পাঠান।
- পূরণ করা এই ফর্মটি এবং সমস্ত অ্যাটাচমেন্টগুলো অবশ্যই গুরুত্বপূর্ণ সময়ে উল্লিখিত সময়সীমার মধ্যে গ্রহণ করতে হবে! বার্তা। **অনুগ্রহ করে পরিষ্কারভাবে প্রিন্ট করুন।**

নিয়োগকর্তা সম্পর্কে তথ্য:

অনুগ্রহ করে পরিষ্কারভাবে প্রিন্ট করুন। যদি আপনার কাছে (3)টির বেশি নিয়োগকর্তার তথ্য থাকে তাহলে একটি অতিরিক্ত পৃষ্ঠা যোগ করুন।

বেসিক বা বিকল্প ভিত্তিক সময়কাল মোট ত্রৈমাসিক মজুরি

প্রতিটি নিয়োগকর্তা / নির্দিষ্ট কোয়ার্টারের জন্য মোট ত্রৈমাসিক মোট মজুরি সম্পর্কেলিখুন। সহায়তার জন্য আপনার সবচেয়ে সাম্প্রতিক আর্থিক সুবিধা নির্ধারণকে উল্লেখ করুন।

নিয়োগকর্তা: _____
ঠিকানা:_____
শহর: _____রাজ্য: ____জিপ:_____
New York State (নিউ ইয়র্ক স্টেট)-এর বাইরে কাজ করা হয়, তাহলে জেলা নির্দিষ্ট করুন: _____

কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___

নিয়োগকর্তা: _____
ঠিকানা:_____
শহর: _____রাজ্য: ____জিপ:_____
New York State (নিউ ইয়র্ক স্টেট)-এর বাইরে কাজ করা হয়, তাহলে জেলা নির্দিষ্ট করুন: _____

কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___

নিয়োগকর্তা: _____
ঠিকানা:_____
শহর: _____রাজ্য: ____জিপ:_____
New York State (নিউ ইয়র্ক স্টেট)-এর বাইরে কাজ করা হয়, তাহলে জেলা নির্দিষ্ট করুন: _____

কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___
কোয়ার্টার ___/___/_____ - ___/___/_____ $___ ___ ___,___ ___ ___ .___ ___

শংসায়ন

আমি প্রত্যায়িত করছি যে উপরোক্ত তথ্য জ্ঞানত আমার এবং আমি এই বিষয়ে অবগত যে মিথ্যা বিবৃতি প্রদান করলে সেই ক্ষেত্রে জরিমানা হতে পারে। আমি অবগত যে আমার অনুরোধের ফলাফল সম্পর্কে আমাকে সূচিত করা হবে।

_____ _____ _____
সাক্ষর (প্রয়োজন) তারিখ এরিয়া কোড টেলিফোন নম্বর

ফেরৎ পাঠানোর নির্দেশাবলী

এই নোটিশটি এবং সমস্ত অ্যাটাচমেন্টগুলো অবশ্যই গুরুত্বপূর্ণ সময়ে উল্লিখিত সময়সীমার মধ্যে গ্রহণ করতে হবে! বার্তা।

ফ্যাক্স: 518-457-9378. এই নোটিশটি হল আপনার কভার পেজ। মোট পৃষ্ঠার সংখ্যা চিহ্নিত করুন _____।

বা **ইমেল করুন:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130।

বা **অনলাইন:** www.labor.ny.gov/signin। অনলাইন মেসেজিং পদ্ধতির মাধ্যমে জমা দিন। "নথিপত্র জমা দিন।"নির্বাচন করুন এবং তারপর "জমা দিন মজুরির নথিপত্র"। "মজুরির নথিপত্র" বিষয় হিসেবে উল্লেখ করুন।

www.labor.ny.gov-এ সাপ্তাহিক সুবিধা দাবি করুন বা টেলি পরিষেবা 888-581-5812 নম্বরে কল করুন।

আরও তথ্যের জন্য এটি দেখুন: www.labor.ny.gov।

সাহায্যের জন্য, www.labor.ny.gov/uihandbook-এ ক্লেইমেন্ট হ্যান্ডবুকটি দেখুন।