



ВАЖНО!

Мы выслали вам расчет финансовой помощи (Monetary Benefit Determinations), в котором указана сумма еженедельной помощи, которую вы будете получать. Размер помощи рассчитан с учетом размера вашей заработной платы. Если вы полагаете, что некоторая получаемая вами заработная плата не была учтена, заполните эту форму. Форма должна быть получена нами в течение 30 календарных дней от даты отправки, указанной в вашем последнем уведомлении с расчетом финансовой помощи. Пишите разборчиво, печатными буквами. Если мы не сможем прочитать написанное вами, мы не сможем обработать эту форму.

Страхование по безработице
Ходатайство о пересмотре

Заполните

Имя: _____ Фамилия _____ Средний инициал: _____
Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый Индекс: _____
Дата вступления заявления в силу: - - Номер социального обеспечения (Ssn) XXX-XX-

Правила заполнения

Чтобы исправить сведения о доходах и/или добавить информацию о заработках, не отраженную в вашем уведомлении об определении размера денежного пособия:



- Заполните раздел «Сведения о работе» и внесите информацию о квартальных заработках. Пользуйтесь черной или синей ручкой;
- Приложите всевозможные документы, которые могут служить подтверждением информации о вашей работе и доходах, например: корешки квитанций о зарплате, формы W-2, 1099, расписки, чеки, справки о чаевых, премиях, командировочных, комиссионных, отпускных, а также выписки о работе и/или платежах;
- Сделайте ксерокопии всех документов на отдельных стандартных (8½ x 11) листах бумаги только с одной стороны. Не высылайте оригиналы документов;
- Укажите свое имя, номер социального обеспечения и телефон на каждом прилагаемом листе/документе;
- Если вы получали компенсацию за производственную травму, приложите копию последнего поданного вами отчета о травме (SROI);



- Заполненная форма ходатайства и все приложения должны быть получены в сроки, указанные выше под рубрикой «ВНИМАНИЕ!». **Заполняйте разборчиво печатными буквами.**

Сведения о работе

Пожалуйста, пишите разборчиво. Если вы предоставляете информацию о более чем трех (3) работах, продолжите список на отдельном листе бумаги и приложите его.

Место Работы: _____
Адрес: _____
Город: _____
Штат: _____ Почт. Индекс: _____

Если это работа не в штате Нью-Йорк, укажите штат: _____

Общий кварталный доход до вычета налогов (брутто) в течение базового или альтернативного расчетного периода

Внесите общую сумму дохода (брутто) с каждого места работы в указанном квартале. При заполнении сверьтесь с последним уведомлением об определении размера денежного пособия.

Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
 мм дд гг мм дд гггг

Место Работы: _____
Адрес: _____
Город: _____
Штат: _____ Почт. Индекс: _____

Если это работа не в штате Нью-Йорк, укажите штат: _____

Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
 мм дд гг мм дд гггг

Место Работы: _____
Адрес: _____
Город: _____
Штат: _____ Почт. Индекс: _____

Если это работа не в штате Нью-Йорк, укажите штат: _____

Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
Квартал: __/__/__ - __/__/__ \$ _____ , _____ . _____
 мм дд гг мм дд гггг

Подтверждение

Настоящим подтверждаю, что, насколько мне известно, предоставленные выше сведения соответствуют действительности, и что я осведомлен об ответственности за предоставление заведомо ложной информации. Я осведомлен о том, что мне сообщат о результатах моего ходатайства.

_____ Подпись (обязательно)

_____ Дата

_____ Код

_____ Номер телефона

Как и куда отправлять документы

Заполненный бланк ходатайства со всеми приложениями должны быть получены в сроки, указанные выше в рубрике «ВНИМАНИЕ!»

По факсу: 518-457-9378. Эта форма является титульной страницей. Укажите общее кол-во страниц _____

ИЛИ По почте: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

ИЛИ Онлайн: www.labor.ny.gov/signin. Через онлайн-систему отправки сообщений. Нажмите «Submit Documents», затем «Submit Wage Documents». В теме укажите «Wage Documentation».



Обращайтесь за еженедельным пособием через веб-сайт www.labor.ny.gov или позвонив в Tel-Service по номеру 888-581-5812.



Больше информации можно найти на веб-сайте: www.labor.ny.gov.



Руководство для претендентов на пособие по безработице на веб-сайте www.labor.ny.gov/uihandbook может ответить на многие ваши вопросы.