

اہم!

ہم نے آپ کو ہفتہ وار فوائد ظاہر کرتے ہوئے مالیاتی فائدے کے تعین بھیجے ہیں۔ یہ فوائد آپ کی اجرت پر مبنی ہیں۔ اگر آپ کو یقین ہے کہ آپ کی کچھ اجرت چھوٹ گئی تھی، تو براہ کرم اس فارم کو مکمل کریں۔ یہ فارم ہمیں تاریخ میل کے 30 کیلنڈر دنوں کے اندر موصول ہونا چاہئے جیسا کہ آپ کے حالیہ مالیاتی فائدے کے تعین کے نوٹس پر بیان کیا گیا ہے۔ براہ کرم صاف چھاپیں۔ اگر ہم آپ کی تحریر نہیں پڑھ سکتے تو ہم اس شکل پر عمل نہیں کر سکتے۔

بے روزگاری انشورنس کی دوبارہ غور کے لئے درخواست

براہ کرم صاف چھاپیں

آخری نام: پہلا نام: درمیانی انیشل: _____
پتہ: _____
شہر: ریاست: زیب کوڈ: _____
کلیم مؤثر/آغاز تاریخ: _____ / _____ / _____ سوشل سیکورٹی نمبر: XXX-XX-

فارم لوازمات

اجرت کو درست کرنے اور/یا اجرت میں اضافہ کرنے کے لئے جو آپ کے مالیاتی فائدے کے تعین پر ظاہر نہیں ہوتی، ذیل کی ہدایات پر عمل کریں۔

- اگر اور سہ ماہی اجرت کی معلومات نیچے سیاہ یا نیلی سیاہی کا استعمال کرتے ہوئے۔
- کوئی بھی دستاویز شامل کریں جسے ملازمت اور اجرت کا ثبوت سمجھا جاسکتا ہے جیسے پے اسٹب، 1099 W-2s، واچر، چیک، ٹپس، بونس، کھانا، قیام، کمیشن، چھٹیوں کی تنخواہ اور ملازمت اور/یا ادائیگی کا ریکارڈ۔
- اصل نہ بھیجیں؛ فوٹو کاپی 11 x 8½ سنگل سائڈڈ پیپ اہر پر تمام معاون دستاویزات۔
- اپنا نام، اپنے سوشل سیکورٹی نمبر کے آخری چار ہندسے اور ہر اٹیچمنٹ پر اپنا فون نمبر لکھیں۔
- اگر آپ کو کارکن کا معاوضہ ملا ہے تو اپنی حالیہ سبسٹیک یونٹ رپورٹ آف انجری (SROI) فائلنگ کی کاپی شامل کریں۔
- یہ مکمل فارم اور تمام منسلکات اہم میں اوپر نوٹ کردہ وقت کے اندر موصول ہونا ضروری ہے! پیغام۔ براہ کرم صاف چھاپیں۔

آجر کی معلومات

براہ کرم صاف چھاپیں۔ اگر آپ کے پاس (3) تین آجروں سے زیادہ معلومات ہیں تو ایک اضافی صفحہ منسلک کریں۔

بنیادی یا متبادل بیس مدت کل سہ ماہی مجموعی اجرت

بر آجر / سہ ماہی کے لئے کل سہ ماہی مجموعی واگ ایس میں لکھیں۔ مدد کے لئے اپنے حالیہ مالیاتی فائدے کے تعین کا حوالہ دیں۔

چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____

آجر: _____
پتہ: _____
شہر: ریاست: زیب: _____
اگر نیویارک ریاست سے باہر کام کیا گیا تو ریاست کی طرف اشارہ کریں:

چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____

آجر: _____
پتہ: _____
شہر: ریاست: زیب: _____
اگر نیویارک ریاست سے باہر کام کیا گیا تو ریاست کی طرف اشارہ کریں:

چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____
چوتھائی _____ - _____ / / / \$ _____

آجر: _____
پتہ: _____
شہر: ریاست: زیب: _____
اگر نیویارک ریاست سے باہر کام کیا گیا تو ریاست کی طرف اشارہ کریں:

سرٹیفیکیشن

میں تصدیق کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا معلومات میرے جاننے والے جی ای کے مطابق ہیں اور میں جانتا ہوں کہ جھوٹے بیانات دینے کے لئے قلمی الفز ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے میرے ریک یوسٹ کے نتائج سے مطلع کیا جائے گا۔

دستخط (مطلوبہ) _____ تاریخ _____ علاقہ کوڈ _____ ٹیلیفون نمبر _____

واپسی کے ہدایات

یہ نوٹس اور مکمل فارم تمام منسلکات اہم میں اوپر نوٹ کردہ وقت کے اندر موصول ہونا ضروری ہے! پیغام۔

فیکس: 9378-457-518۔ یہ نوٹس آپ کا کور پیج ہے۔ صفحات کی کل تعداد کی نشاندہی کریں۔

یا میل کریں: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130۔

یا آن لائن: www.labor.ny.gov/signin۔ آن لائن اکاؤنٹ پیغام رسانی نظام کے ذریعے جمع کرائیں۔ "دستاویزات جمع کرائیں" اور پھر "اجرت دستاویزات جمع کرائیں" منتخب کریں۔ موضوع لائن "اجرت دستاویزات" استعمال کریں۔

مدد کے لئے دعویدار ہینڈ بک کو
www.labor.ny.gov/uihandboo
k پر دیکھیں



مزید معلومات کے لیے، ملاحظہ کریں: www.labor.ny.gov



www.labor.ny.gov پر ہفتہ وار فوائد کا دعویٰ کریں
یا 888-581-5812 پر ٹیل سروس کو کال کریں۔

