

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

सुनवाई के लिए नियोक्ता अनुरोध

दावेदार की सामाजिक सुरक्षा संख्या (SSN) के अंतिम चार अंक दर्ज करें: _____

दावेदार का नाम: _____

- इस फॉर्म के **सामने दिए** गए स्थान में ही लिखें। मार्जिन पर रहे।
- इस फॉर्म के सिर्फ **एक** तरफ इलेक्ट्रॉनिक छवि बनाई जाएगी।
- अगर आपको ज़्यादा जगह चाहिए, तो 8 ½ x 11 इंच के व्हाइट पेपर का उपयोग करें।
- आपकी ओर से भेजे जाने वाले सभी दस्तावेज़ पर दावेदार का नाम और उसके सामाजिक सुरक्षा नंबर के अंतिम चार अंक लिखें।
- पूर्ण रूप से भरे हुए और हस्ताक्षरित फॉर्म को उपरोक्त पते पर मेल करें।

आपको इस बारे में पूरी जानकारी देनी चाहिए कि आप इस फैसले का विरोध क्यों कर रहे हैं। पर्याप्त विवरण नहीं देने से सुनवाई में नए मुद्दे उठाने की आपकी क्षमता सीमित हो सकती है।

मैं निर्धारण की सूचना दिनांक _____/_____/_____ (माह, दिन, वर्ष) से असहमत हूँ, क्योंकि

और मैं इस निर्धारण के संबंध में सुनवाई का अनुरोध कर रहा हूँ।

अगर आप 30 दिनों से ज़्यादा पुराने फैसले पर सुनवाई का अनुरोध कर रहे हैं, तो कृपया हमें सूचित करने में देरी का कारण बताएं:

दावेदार का भौतिक कार्य स्थान (वह स्थान जहां दावेदार नियमित रूप से काम करने के लिए जाता है):

गली _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

कार्यस्थल का फ़ोन नंबर: (_____) _____ NYS ER नंबर: _____ - _____

कर्मचारी का नाम: _____

संपर्क व्यक्ति (प्रिंट): _____

फोन नंबर: (_____) _____

सुनवाई दस्तावेजों के लिए पत: _____

ईमेल: _____

हस्ताक्षर

तिथि

सुनवाई की तैयारी कैसे करें, इस बारे में जानकारी के लिए हमारी <http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm> वेबसाइट पर जाएं