

重要事項！

このフォームは直近の報酬率確定の送信日から10日間以内に送信される必要があります。明確にご記入ください。明確に書かれていない場合はこちらのフォームは処理できません。

**失業保険
代替基準期間のリクエスト**

明確にご記入
ください

氏: _____ 名: _____ ミドルネームのイニシャル: _____
住所: _____
市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____
申請有効日/開始日: ____/____/____ ソーシャルセキュリティナンバー: XXX - XX - _____

フォームの要件

代替基準期間を使用し、週ごとの報酬率を増やしたい場合：

- 黒や青色のボールペンで下記のステップに沿ってご記入ください。
- 給与明細書、W-2、1099、伝票、小切手、チップ、ボーナス、食事、宿泊、コミッション、休暇手当、雇用およびまたは支払いの記録など、勤務日数と報酬額の証明となる書類も提出してください。
- すべての証明書となる書類はサイズ8½ x 11で、片面印刷をしてください。書類の原本を郵送しないでください。
- 提出するすべての書類に、お名前とソーシャルセキュリティナンバーの下4桁、電話番号を記入してください。
- この入力完了したフォームとすべての添付書類はすべて期日通りに送られる必要があります、重要！と明記して送ってください。明確にご記入ください。

直近で終了した四半期の報酬額が、報酬率確定の「高い四半期報酬額」を超える場合、代替基準期間の使用により報酬率が上がる可能性があります。代替基準期間を選択してリクエストすると、将来のリクエストではこれらの報酬額は使用できなくなります。

**ステップ1
直近の四半期
情報**

申請有効日/開始日直前の直近の四半期: ____/____/____ から ____/____/____
月/日/年 月/日/年

報酬率確定を参照して四半期ごとの日付を確認し、代替基準期間四半期の報酬額をあなたの記録と比較後、下記の該当するボックスにチェックを入れて「ステップ」へと進めてください。

- 代替基準期間四半期の報酬額が異なっています。(ステップ2へ進む)
 代替基準期間四半期の報酬額は合っています。(ステップ3へ進む)

**ステップ2
報酬額
情報**

下に報酬額の証明を含む情報を記入し、3社以上の情報を記入する必要がある場合は、追加でページを添付してください。

雇用者名: _____ 四半期合計報酬額 \$ _____

雇用者住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

ニューヨーク州外での仕事の場合、州を記入してください。

雇用者名: _____ 四半期合計報酬額 \$ _____

雇用者住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

ニューヨーク州外での仕事の場合、州を記入してください。

雇用者名: _____ 四半期合計報酬額 \$ _____

雇用者住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

ニューヨーク州外での仕事の場合、州を記入してください。

**ステップ3
認知**

私は、私の知る限りにおいて上記の情報が真実であることを保証し、偽証に対して刑罰が科されることを認識していません。代替基準期間を使用している場合、これらの報酬額は今後の申請で使用できないことを理解しています。

署名必須

日付

市外局番

番号

**ステップ4
説明書の返却**

この通知とすべての添付書類はすべて期日通りに送られる必要があります、重要！と明記して送ってください。

FAX番号: 518-457-9378

または メールアドレス: New York State Department of Labor

この通知のページ数

P.O. Box 15130

合計ページ数 _____

Albany, NY 12212-5130

Tel-Service に電話する、またはオンライン上で週ごとの報酬額についてリクエストしてください。

詳細につきましては
当社ホームページをご覧ください
: www.labor.ny.gov

サポートにつきましては
リクエストに関するハンドブックをご覧ください。