

WE ARE YOUR DOL



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

Solicitud de audiencia por parte del empleador

Escriba los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social (SSN) del solicitante: _____

Nombre del solicitante (en letra de imprenta): _____

- Escriba **solamente** en el espacio provisto **en el frente** de este formulario. No escriba fuera de los márgenes.
- Se obtendrá una imagen electrónica de **un** solo lado de este formulario.
- Si necesita más espacio, utilice papel de 8 ½ x 11 pulgadas (21,6 x 27,9 cm).
- Escriba el nombre del solicitante y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en todos los documentos que envíe.
- Envíe este formulario completo y firmado a la dirección que aparece arriba.

Debe proporcionar detalles completos acerca de sus razones para objetar esta determinación. Si no describe su objeción con suficientes detalles, es posible que su capacidad para plantear nuevas inquietudes sea limitada durante la audiencia.

Estoy en desacuerdo con el **Aviso de determinación** con fecha ____/____/____ (mes, día, año) porque

y solicito una audiencia para tratar esta determinación.

Si usted solicita una audiencia para tratar una determinación de más de 30 días, explique el motivo de la demora en notificarnos:

Ubicación física del lugar de trabajo del solicitante (lugar donde el solicitante asistía a trabajar con regularidad):

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono del trabajo: (____) _____ N.º de ER de NYS: _____ - _____

Nombre del empleador: _____

Persona de contacto (en letra de imprenta): _____

Número de teléfono del contacto: (____) _____

Dirección postal del documento de la audiencia: _____

Correo electrónico: _____

Firma

Fecha

Para obtener más información acerca de cómo prepararse para una audiencia, visite nuestro sitio web:
<http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm>.