



Department of Labor  
PO Box 15130  
Albany, NY 12212-5130  
[www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)

**¡IMPORTANTE!**

Le enviamos una Determinación Monetaria de Beneficios que muestra los beneficios semanales que recibirá. Esos beneficios se basan en su sueldo. Si cree que falta parte de su sueldo, complete este formulario. Debemos recibir este formulario dentro de los 30 días calendario de la fecha de envío por correo como se indicó en su notificación reciente de Determinación Monetaria de Beneficios. **Escriba claramente. Si no podemos leer su letra, no podemos procesar este formulario.**

**Seguro por desempleo  
Solicitud de reconsideración**

Complete con letra de imprenta clara.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Iniciales del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia/de inicio del reclamo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social: XXX-XX-

**Requisitos del formulario**

Para corregir los ingresos o añadir ingresos que no se encuentran en su Determinación Monetaria de Beneficios, siga las siguientes instrucciones.

- Complete la información del empleador y de los ingresos trimestrales a continuación usando tinta negra o azul.
- Incluya cualquier documentación que pueda considerarse como prueba de empleo e ingresos; por ejemplo: talonarios de pago, W-2, 1099, vales, cheques, propinas, bonos, comidas, hospedaje, comisiones, paga de vacaciones y registros de empleo o pagos.
- No envíe documentos originales. Haga copias de toda su documentación a una cara usando papel de 8½ x 11 pulgadas.
- Escriba su nombre, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y su número de teléfono en todos los documentos.
- Si usted recibió una compensación al trabajador, incluya una copia del último Informe de Lesiones Posterior (Subsequent Report of Injury, SROI) que presentó.
- Este formulario completado y todos los documentos adjuntos deben ser recibidos dentro del período indicado en el mensaje ¡IMPORTANTE! que aparece más arriba. **Escriba con letra de imprenta clara**

**Información del empleador**

Escriba con letra de imprenta clara. Adjunte una hoja adicional si tiene información de más de tres (3) empleadores.

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: \_\_\_\_\_

**Ingresos brutos totales trimestrales del período básico o alternativo**

Escriba los ingresos brutos totales trimestrales para cada empleador/trimestre indicado. Consulte su última Determinación Monetaria de Beneficios si necesita ayuda.

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Trimestre: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Certificación**

Certifico que la información que figura más arriba es verdadera según mi leal saber y que sé que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que se me informarán los resultados de mi solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma (obligatoria) Fecha Código de área Número de teléfono

**Instrucciones de envío**

Este aviso y toda la documentación adjunta deben recibirse dentro del período indicado más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE!

**Por fax:** 518-457-9378. Este aviso es su portada. Indique la cantidad total de páginas \_\_\_\_\_.

**Por correo:** New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.

**Por internet:** [www.labor.ny.gov/signin](http://www.labor.ny.gov/signin). Envíelo por el sistema de mensajes de su cuenta en línea. Seleccione "Submit Documents" (Enviar documentos) y luego "Submit Wage Documents" (Enviar documentos de sueldo). Use el asunto "Wage Documentation".



Reclame sus beneficios semanales en [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov) o llame a Tele-Servicio al (888) 581-5812.



Para obtener más información, visite: [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov).



Para obtener ayuda, consulte la Guía para Reclamantes en [www.labor.ny.gov/uihandbook](http://www.labor.ny.gov/uihandbook).