

## Kupon do składania wniosku o cotygodniowe świadczenia z tytułu bezrobocia drogą pocztową

Imię i nazwisko _____	Nr Social Security (cztery ostatnie cyfry) _____
<b>PRZECZYTAĆ INSTRUKCJE. NALEŻY PRZESŁAĆ JEDEN KUPON NAKAŻDY TYDZIEŃ, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSZEK.</b>	
1. Czy wykonywał(a) Pan(i) pracę w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia (włączając samozatrudnienie)? _____ Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy przepracowany dzień w tygodniu, włączając dni przepracowane częściowo. _____ Czy zarobki brutto za ten tydzień (włączając te pochodzące z samozatrudnienia) przekroczyły kwotę 504 \$? _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, zdarzył(y) się dzień/dni, gdy nie był(a) Pan(i) gotowy/-a, zdolny/-a lub nie miał(a) Pan(i) ochoty, aby podjąć pracę? _____ Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy dzień, w którym NIE był(a) Pan(i) gotowy/-a, zdolny/-a lub nie miał(a) Pan(i) ochoty, by podjąć pracę. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, odmówił(a) Pan(i) jakiegokolwiek oferty pracy lub skierowania do pracy? _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, zdarzył(y) się dzień/dni, za które należały się Panu/-i lub pobrał(a) Pan(i) wynagrodzenie za urlop lub dni świąteczne? _____ Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy dzień, za który należały się Panu/-i lub pobrał(a) Pan(i) wynagrodzenie za urlop lub dni świąteczne. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, zdarzył(y) się dzień/dni, gdy przebywał(a) Pan(i) poza Stanami Zjednoczonymi, terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady?  Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy dzień, gdy przebywał(a) Pan(i) poza Stanami Zjednoczonymi, terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

W przypadku zmiany adresu należy zaznaczyć pole obok i wpisać nowy adres na odwrocie ►

**WYŚLAĆ NA ADRES:**

New York State Department of Labor  
PO Box 1979  
Albany, NY 12201-1979

Niniejszym potwierdzam, że powyższe oświadczenia są zgodne z prawdą i prawdziwe, oraz że przeczytałem/am i zrozumiałem/am Oświadczenie na odwrocie formularza. Nie składam wniosku o świadczenia za jakiegokolwiek część powyższego/-ych tygodnia/-i na podstawie prawa innego stanu lub rządu federalnego. *Rozumiem że powyższe oświadczenia mogą zostać wykorzystane w trakcie przesłuchania dotyczącego mojego wniosku oraz że składanie fałszywych oświadczeń jest karalne.*

PODPIS \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ NR TELEFONU (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

✂ Przeciąć tutaj ✂

Imię i nazwisko _____	Nr Social Security (cztery ostatnie cyfry) _____
<b>PRZECZYTAĆ INSTRUKCJE. NALEŻY PRZESŁAĆ JEDEN KUPON NAKAŻDY TYDZIEŃ, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSZEK.</b>	
1. Czy wykonywał(a) Pan(i) pracę w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia (włączając samozatrudnienie)? _____ Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy przepracowany dzień w tygodniu, włączając dni przepracowane częściowo. _____ Czy zarobki brutto za ten tydzień (włączając te pochodzące z samozatrudnienia) przekroczyły kwotę 504 \$? _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, zdarzył(y) się dzień/dni, gdy nie był(a) Pan(i) gotowy/-a, zdolny/-a lub nie miał(a) Pan(i) ochoty, aby podjąć pracę? _____ Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy dzień, w którym NIE był(a) Pan(i) gotowy/-a, zdolny/-a lub nie miał(a) Pan(i) ochoty, by podjąć pracę. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, odmówił(a) Pan(i) jakiegokolwiek oferty pracy lub skierowania do pracy? _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, zdarzył(y) się dzień/dni, za które należały się Panu/-i lub pobrał(a) Pan(i) wynagrodzenie za urlop lub dni świąteczne? _____ Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy dzień, za który należały się Panu/-i lub pobrał(a) Pan(i) wynagrodzenie za urlop lub dni świąteczne. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu tygodnia, za który pobiera Pan(i) świadczenia, zdarzył(y) się dzień/dni, gdy przebywał(a) Pan(i) poza Stanami Zjednoczonymi, terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady?  Jeśli tak proszę zapisać kółko oznaczające każdy dzień, gdy przebywał(a) Pan(i) poza Stanami Zjednoczonymi, terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady. _____	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 0.8em;"> <span>(M)</span> <span>(WT)</span> <span>(SR)</span> <span>(CZ)</span> <span>(PT)</span> <span>(SO)</span> <span>(ND)</span> </div> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

W przypadku zmiany adresu należy zaznaczyć pole obok i wpisać nowy adres na odwrocie ►

**WYŚLAĆ NA ADRES:**

New York State Department of Labor  
PO Box 1979  
Albany, NY 12201-1979

Niniejszym potwierdzam, że powyższe oświadczenia są zgodne z prawdą i prawdziwe, oraz że przeczytałem/am i zrozumiałem/am Oświadczenie na odwrocie formularza. Nie składam wniosku o świadczenia za jakiegokolwiek część powyższego/-ych tygodnia/-i na podstawie prawa innego stanu lub rządu federalnego. *Rozumiem że powyższe oświadczenia mogą zostać wykorzystane w trakcie przesłuchania dotyczącego mojego wniosku oraz że składanie fałszywych oświadczeń jest karalne.*

PODPIS \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ NR TELEFONU (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **Ważne oświadczenie: należy przeczytać**

Rozumiem, że muszę aktywnie poszukiwać pracy i przechowywać dokumentację potwierdzającą działania z tym związane przez okres jednego roku. Przeprowadziłem/-am co najmniej trzy działania związane z poszukiwaniem pracy w tygodniu w ciągu różnych dni lub postępowalem/-am zgodnie z pisemnym planem poszukiwania pracy opracowanym przez Departament Pracy, chyba że Departament Pracy wyłączył mnie z takiego wymogu. Przeprowadziłem/-am co najmniej jedną czynność związaną z poszukiwaniem pracy z tych wymienionych w punktach od 1 do 5 w dokumencie „Unemployment Insurance: A Claimant Handbook” (Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia: Podręcznik wnioskodawcy). Jeśli Departament Pracy poprosi mnie o przedłożenie mojej dokumentacji potwierdzającej prowadzenie działań związanych z poszukiwaniem pracy, a ja nie odpowiem na tę prośbę, świadczenia przestaną być wypłacane. Składając niniejszy wniosek, potwierdzam, że w ciągu tygodnia, którego dotyczy wniosek, postępowalem/-am zgodnie z opisanymi wymaganiami dotyczącymi poszukiwania pracy. Rozumiem także, że jeśli nie zostaną zakwalifikowany/-a do otrzymania świadczeń, będę mieć prawo do przesłuchania przed sądem prawa administracyjnego, przy czym nie będzie ono generować wobec mnie żadnych kosztów ani obowiązków. Jeśli nie zwrócę otrzymanych świadczeń lub nie zapłacę nałożonych kar finansowych w przypadku zatajenia przeze mnie informacji lub przekazania Departamentowi i Pracy fałszywych informacji, Departament Pracy będzie mógł podjąć kroki prawne w celu wydania przeciwko mnie wyroku. Prawomocne orzeczenie uzyskane w takiej sprawie może obowiązywać przez 20 lat, uprawniając do zajęcia pieniędzy świadczeniobiorcy, w tym części w wypłacanych zarobków i/lub środków zgromadzonych na rachunku bankowym. Takie orzeczenie w płynie również negatywnie na wiarygodność kredytową, a tym samym na możliwości wynajęcia domu, znalezienia pracy lub uzyskania pożyczki.

**Prosimy o wypełnienie poniższego formularza w przypadku zmiany adresu:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

----- ✂ Przeciąć tutaj ✂ -----

### **Ważne oświadczenie: należy przeczytać**

Rozumiem, że muszę aktywnie poszukiwać pracy i przechowywać dokumentację potwierdzającą działania z tym związane przez okres jednego roku. Przeprowadziłem/-am co najmniej trzy działania związane z poszukiwaniem pracy w tygodniu w ciągu różnych dni lub postępowalem/-am zgodnie z pisemnym planem poszukiwania pracy opracowanym przez Departament Pracy, chyba że Departament Pracy wyłączył mnie z takiego wymogu. Przeprowadziłem/-am co najmniej jedną czynność związaną z poszukiwaniem pracy z tych wymienionych w punktach od 1 do 5 w dokumencie „Unemployment Insurance: A Claimant Handbook” (Ubezpieczenie na wypadek bezrobocia: Podręcznik wnioskodawcy). Jeśli Departament Pracy poprosi mnie o przedłożenie mojej dokumentacji potwierdzającej prowadzenie działań związanych z poszukiwaniem pracy, a ja nie odpowiem na tę prośbę, świadczenia przestaną być wypłacane. Składając niniejszy wniosek, potwierdzam, że w ciągu tygodnia, którego dotyczy wniosek, postępowalem/-am zgodnie z opisanymi wymaganiami dotyczącymi poszukiwania pracy. Rozumiem także, że jeśli nie zostaną zakwalifikowany/-a do otrzymania świadczeń, będę mieć prawo do przesłuchania przed sądem prawa administracyjnego, przy czym nie będzie ono generować wobec mnie żadnych kosztów ani obowiązków. Jeśli nie zwrócę otrzymanych świadczeń lub nie zapłacę nałożonych kar finansowych w przypadku zatajenia przeze mnie informacji lub przekazania Departamentowi i Pracy fałszywych informacji, Departament Pracy będzie mógł podjąć kroki prawne w celu wydania przeciwko mnie wyroku. Prawomocne orzeczenie uzyskane w takiej sprawie może obowiązywać przez 20 lat, uprawniając do zajęcia pieniędzy świadczeniobiorcy, w tym części w wypłacanych zarobków i/lub środków zgromadzonych na rachunku bankowym. Takie orzeczenie w płynie również negatywnie na wiarygodność kredytową, a tym samym na możliwości wynajęcia domu, znalezienia pracy lub uzyskania pożyczki.

**Prosimy o wypełnienie poniższego formularza w przypadku zmiany adresu:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Miasto \_\_\_\_\_ Stan \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_