



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

### 중요 고지 사항!

귀하가 받게 될 주간 수급액을 보여주는 '금전 수당 결정 (Monetary Benefit Determinations)' 통지서를 보내드렸습니다. 본 수급액은 급여를 바탕으로 결정됩니다. 급여가 일부 누락되었다고 여기는 경우, 본 양식을 작성해주시기 바랍니다. 양식은 가장 최근의 금전 수당 결정 통지서에 명시된 바와 같이 발송한 날로부터 30일 이내에 접수되어야 합니다. **정자로 명확하게 작성해주시기 바랍니다. 필체를 읽기 힘든 경우, 보내 주신 양식을 처리할 수 없습니다.**

## 실업 보험 재고 요청서

정자체로 명확하게 기입하십시오.

성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이니셜: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
청구 유효/시작일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 소셜 시큐리티 번호 XXX-XX-\_\_\_\_

### 양식 필수요건

금전적 수혜금 결정에 반영되지 않은 임금을 수정 및/또는 추가하려면 아래의 지침을 따르십시오.

- 검정 또는 파란색 펜으로 고용주 및 분기별 임금 정보를 작성하십시오.
- 급여명세서, W-2s, 1099s, 전표, 수표, 팁, 보너스, 식사, 숙소, 커미션, 휴가비 및 고용 및/또는 지불 기록과 같은 고용과 임금의 증빙으로 간주될 수 있는 모든 서류를 포함하십시오.
- 8½ x 11 단면인쇄 종이로 된 모든 증거 자료의 사본, 원본은 보내지 마십시오.
- 각 첨부자료마다 본인의 이름, 소셜 시큐리티 번호의 마지막 4 자리 및 전화번호를 기입하십시오.
- 산재보험(worker's compensation)을 받은 경우 가장 최근의 상해에 대한 후속 신고(SROI, Subsequent Report of Injury) 제출 사본을 포함하십시오.
- 작성 완료된 본 양식 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다. **정자체로 명확하게 기입하십시오.**

### 고용주 정보

정자체로 명확히 기입하십시오. 3명 이상의 고용주에 대한 정보가 있는 경우에는 추가 페이지를 첨부하십시오.

고용주: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
뉴욕 주 이외 근무 시 해당 주 명시: \_\_\_\_\_

### 기본 또는 대체 기준 기간 전체의 분기별 총 임금

명시된 각 고용주/분기에 대한 전체 분기별 총 임금을 기입하십시오. 도움이 필요하면 가장 최근의 금전적 수혜금 결정을 참고하십시오.

분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.
분기 ____/____/____ - ____/____/____	\$ _____, _____.

### 인증

본인은 본인이 아는 한 위의 정보가 사실임을 증명하며 허위 진술 시 처벌될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 요청서의 결과가 통보됨을 이해합니다.

요청자 서명

날짜

지역 코드

전화번호

### 반송 지침

본 통지서 및 모든 첨부자료는 위의 "중요!" 메시지에 명시된 기간 내에 수령되어야 합니다.

**팩스:** 518-457-9378. 본 통지서는 표지입니다. 총 페이지 수: \_\_\_\_\_.

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

**온라인:** [www.labor.ny.gov/signin](http://www.labor.ny.gov/signin). 온라인 계정 메시지 시스템을 통해 제출하십시오. "문서 제출"과 "급여 내역서 제출"을 차례로 선택하십시오. 제목줄에는 "Wage Documentation"(급여 내역서)라고 기재해 주십시오.



주간 수혜금은 [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov) 또는 888-581-5812 번으로 전화하여 청구하십시오.



추가 정보는 웹사이트 [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov) 를 방문하십시오



도움이 필요하시면 [www.labor.ny.gov/uihandbook](http://www.labor.ny.gov/uihandbook) 에 있는 청구자 안내서를 참조하십시오