



Department of Labor
PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130
www.labor.ny.gov

مهم!
لقد أرسلنا إليك تحديد مزايا نقدية يبين لك المزايا النقدية التي سوف تحصل عليها أسبوعياً. تستند هذه المزايا على أجورك. إذا كنت تعتقد أن بعض أجورك مفقودة، يرجى استكمال هذا النموذج. يجب أن يتم هذا النموذج في غضون ثلاثين يوماً تقويمي من تاريخ الإرسال كما هو مذكور في آخر إشعار بتحديد المزايا النقدية. من فضلك اطبع بوضوح. إذا لم تتمكن من قراءة كتابتك، لا يمكننا متابعة هذا النموذج.

طلب إعادة النظر بشأن التأمين ضد البطالة

يُرجى الكتابة بحروف واضحة

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____
العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
تاريخ نفاذ/بدء المطالبة: _____ / _____ / _____ رقم الضمان الاجتماعي: XXX - XX -

متطلبات الاستمارة

- لتصحيح الأجر و/أو إضافة أجر غير موجودة في إشعار تحديد المخصصات النقدية، اتبع التعليمات الموجودة أدناه.
- قم بإكمال معلومات صاحب العمل وأجر ربع السنة الموجودة أدناه بالحبر الأزرق أو الأسود.
- قم بإرفاق أية وثائق يمكن اعتبارها إثباتاً للتوظيف والأجر مثل: كعوب شيكات الرواتب، وW-2، و1099 والإيصالات، والشيكات، والبقيشيش، والعلوات، والوجبات، ونزل الإقامة، والعمولات، ومدفوعات الإجازات، وسجلات التوظيف و/أو الدفع.
- قم بعمل صور ضوئية لكل المستندات المؤيدة على ورق ذو وجه واحد بمقياس 8 2/1 x 11، لا تقم بإرسال الأصول.
- قم بكتابة اسمك، وآخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، ورقم هاتفك على كل ورقة مرفقة.
- إذا كنت تحصل على تعويض العمال قم بإرفاق نسخة من آخر تقرير إصابة لاحق تم إرساله.
- يجب أن يتم استلام هذه الاستمارة بعد إكمالها وجميع المرفقات خلال الوقت المحدد أعلاه في الرسالة الموسومة أعلاه بعبارة "هام!". يُرجى الكتابة بحروف واضحة.

معلومات جهة العمل	إجمالي أجر أرباع السنة الخاصة بفترة العمل الأساسية أو البديلة
الرجاء الكتابة بوضوح، وإذا كان لديك معلومات لأكثر من ثلاثة أصحاب عمل فقم بإرفاق هذه المعلومات في ورقة إضافية.	اكتب إجمالي أجر أرباع السنة لكل جهة عمل / ربع سنة، راجع آخر حكم الإعانة النقدية بشأن التعويضات على سبيل المثال.
اسم جهة العمل: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
العنوان: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
اسم جهة العمل: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
العنوان: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
اسم جهة العمل: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
العنوان: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____
إذا قمت بالعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية: _____	الربع / / - / / / \$ _____ ، _____

إقرار

أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه بقدر علمي صحيحة وأدرك أنني معرض للعقوبات عند تقديم بيانات كاذبة، كما أتفهم أنه سوف يتم إخطاري بنتائج طلبي.

التوقيع المطلوب _____ التاريخ _____ رقم الهاتف _____ رمز المنطقة _____

تعليمات إعادة الإرسال:

يجب أن يتم استلام هذا الإخطار وكافة الوثائق المرفقة خلال الفترة الزمنية المذكورة أعلاه في الرسالة الموسومة بعبارة "هام!".
بالفاكس: 518-457-9378 هذا الإخطار هو صفحة الغلاف. أشر إلى إجمالي عدد الصفحات الخاصة بك. أو

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

أو عبر الإنترنت من خلال الموقع: www.labor.ny.gov/signin قدم الرسالة من خلال نظام رسائل الحساب عبر الإنترنت، اختر "تقديم مستندات" ثم "تقديم مستندات الأجر". استخدم العبارة "مستندات الأجر" في سطر الموضوع.

للمساعدة، راجع كتيب المطالب بالمخصصات على الموقع www.labor.ny.gov/uihandbook



لمزيد من المعلومات قم بزيارة الموقع www.labor.ny.gov



قم بالمطالبة بالمخصصات الأسبوعية على موقعنا www.labor.ny.gov أو اتصل بالخدمة الهاتفية 888-581-5812 (Tel-Service) على الرقم.

