

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

Требование работодателя о проведении слушания

Укажите последние 4 цифры номера социального страхования заявителя: _____

Имя заявителя (печатными буквами): _____

- Заполняйте **исключительно** отведенные поля на **лицевой** стороне формы. Не выходите за поля.
- Электронная копия этой формы будет снята только с **одной** стороны документа.
- Если вам недостаточно места, используйте лист белой бумаги размером 8 ½ x 11 дюймов.
- Укажите имя заявителя и последние 4 цифры его (ее) номера социального страхования на каждом листе.
- Направьте заполненную и подписанную форму по указанному выше адресу.

Вы должны детально и в полном объеме указать причины несогласия с заключением о назначении пособия. Несоблюдение этого требования в отношении существенных деталей может повлечь за собой ограничение вас в праве выдвигать новые возражения на слушании.

Я не согласен (-на) с **заключением о назначении пособия** от ____/____/____ (месяц, день, год), поскольку

и требую провести слушание по этому заключению.

Если вы подаете запрос о проведении слушания по заключению, которое было вынесено более 30 дней назад, укажите причину задержки:

Фактический адрес работы заявителя (место, где им выполнялись трудовые обязанности):

Улица _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Рабочий номер телефона: (_____) _____

Регистрационный номер работодателя штата Нью-Йорк (NYS ER No.): _____ - _____

Наименование работодателя: _____

Контактное лицо (печатными буквами): _____

Контактный номер телефона: (_____) _____

Почтовый адрес для отправки документа о слушании: _____

Электронная почта: _____

Подпись

Дата

Чтобы получить информацию о том, как подготовиться к слушанию, посетите страницу
<http://labor.ny.gov/ui/aso/hearing2.shtm>