

Voucher ułatwiający ubieganie się o tygodniowe świadczenia z tytułu Zasilku dla Bezrobotnych drogą pocztową

Pełne imię i nazwisko:		#US:	Tydzień kończący się: ___/___/___
PROSZĘ PRZECZYTAĆ ARKUSZ Z INSTRUKCJAMI. PRZESYLAĆ WYŁĄCZNIE JEDEN VOUCHER ZA DANY TYDZIEŃ.			ODPOWIEDZI MUSZĄ ZOSTAĆ UMIESZCZONE W OBRĘBIE PÓL/KÓŁ
1. Czy pracowałeś w tygodniu, którego dotyczy wnioszek, (włączając samozatrudnienie, szkolenia i spotkania informacyjne)? Jeśli tak, podaj liczbę godzin i minut, które przepracowałeś każdego dnia w ciągu tygodnia. Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek Sobota Niedziela _: _ _: _ _: _ _: _ _: _ _: _ _: _ Czy zarobki brutto (poza samozatrudnieniem) w danym tygodniu były wyższe niż \$504? _____			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, były dni (dzień), kiedy nie byli Państwo gotowi, chętni i zdolni do pracy? Jeżeli tak, proszę zaznaczyć pola w odniesieniu do dni (dnia), w których NIE byli Państwo gotowi, chętni i zdolni do pracy. ___			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pon <input type="radio"/> Wt <input type="radio"/> Śr <input type="radio"/> Cz <input type="radio"/> Pią <input type="radio"/> Sob <input type="radio"/> Nie
3. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, odrzucili Państwo ofertę lub skierowanie do pracy? _____			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, były jakieś dni (dzień), w które przysługiwał Państwu lub otrzymali Państwo ekwiwalent urlopowy? ___ Jeżeli tak, proszę zaznaczyć pola w odniesieniu do dni (dnia), w które przysługiwał Państwu lub otrzymali Państwo ekwiwalent urlopowy. ___			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pon <input type="radio"/> Wt <input type="radio"/> Śr <input type="radio"/> Cz <input type="radio"/> Pią <input type="radio"/> Sob <input type="radio"/> Nie
5. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, były jakieś dni (dzień), w których przebywali Państwo poza Stanami Zjednoczonymi, Terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady? Jeżeli tak, proszę zaznaczyć pola w odniesieniu do dni (dnia), w których przebywali Państwo poza Stanami Zjednoczonymi, Terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady. Jeżeli Państwa adres uległ zmianie, proszę zaznaczyć pole i podać swój adres na odwrocie arkusza ► <input type="checkbox"/>			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pon <input type="radio"/> Wt <input type="radio"/> Śr <input type="radio"/> Cz <input type="radio"/> Pią <input type="radio"/> Sob <input type="radio"/> Nie

WYSLAĆ NA ADRES:

New York State Department of Labor (Departament Pracy Stanu Nowy Jork)
PO Box 1979
Albany, NY 12201-1979

Niniejszym potwierdzam, że powyższe oświadczenia są zgodne z prawdą i prawidłowe, oraz że przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am Oświadczenie poniżej. Nie składam wniosku o świadczenia za jakkolwiek 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 _____ TELEFON (____) _____

✂ **Przeciąć tutaj** ✂

Voucher ułatwiający ubieganie się o tygodniowe świadczenia z tytułu Zasilku dla Bezrobotnych drogą pocztową

Pełne imię i nazwisko:		#US:	Tydzień kończący się: ___/___/___
PROSZĘ PRZECZYTAĆ ARKUSZ Z INSTRUKCJAMI. PRZESYLAĆ WYŁĄCZNIE JEDEN VOUCHER ZA DANY TYDZIEŃ.			ODPOWIEDZI MUSZĄ ZOSTAĆ UMIESZCZONE W OBRĘBIE PÓL/KÓŁ
1. Czy pracowałeś w tygodniu, którego dotyczy wnioszek, (włączając samozatrudnienie, szkolenia i spotkania informacyjne)? Jeśli tak, podaj liczbę godzin i minut, które przepracowałeś każdego dnia w ciągu tygodnia. Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek Sobota Niedziela _: _ _: _ _: _ _: _ _: _ _: _ _: _ Czy zarobki brutto (poza samozatrudnieniem) w danym tygodniu były wyższe niż \$504? _____			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, były dni (dzień), kiedy nie byli Państwo gotowi, chętni i zdolni do pracy? Jeżeli tak, proszę zaznaczyć pola w odniesieniu do dni (dnia), w których NIE byli Państwo gotowi, chętni i zdolni do pracy. ___			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pon <input type="radio"/> Wt <input type="radio"/> Śr <input type="radio"/> Cz <input type="radio"/> Pią <input type="radio"/> Sob <input type="radio"/> Nie
3. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, odrzucili Państwo ofertę lub skierowanie do pracy? _____			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, były jakieś dni (dzień), w które przysługiwał Państwu lub otrzymali Państwo ekwiwalent urlopowy? ___ Jeżeli tak, proszę zaznaczyć pola w odniesieniu do dni (dnia), w które przysługiwał Państwu lub otrzymali Państwo ekwiwalent urlopowy. ___			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pon <input type="radio"/> Wt <input type="radio"/> Śr <input type="radio"/> Cz <input type="radio"/> Pią <input type="radio"/> Sob <input type="radio"/> Nie
5. Czy w tygodniu, za który ubiegają się Państwo o świadczenia, były jakieś dni (dzień), w których przebywali Państwo poza Stanami Zjednoczonymi, Terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady? Jeżeli tak, proszę zaznaczyć pola w odniesieniu do dni (dnia), w których przebywali Państwo poza Stanami Zjednoczonymi, Terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady. Jeżeli Państwa adres uległ zmianie, proszę zaznaczyć pole i podać swój adres na odwrocie arkusza ► <input type="checkbox"/>			Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Pon <input type="radio"/> Wt <input type="radio"/> Śr <input type="radio"/> Cz <input type="radio"/> Pią <input type="radio"/> Sob <input type="radio"/> Nie

WYSLAĆ NA ADRES:

New York State Department of Labor (Departament Pracy Stanu Nowy Jork)
PO Box 1979
Albany, NY 12201-1979

Niniejszym potwierdzam, że powyższe oświadczenia są zgodne z prawdą i prawidłowe, oraz że przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am Oświadczenie poniżej. Nie składam wniosku o świadczenia za jakkolwiek 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 _____ TELEFON (____) _____

Ważne oświadczenie związane z ubieganiem się o zasiłek: Proszę przeczytać

Rozumiem, że muszę aktywnie poszukiwać pracy oraz opracować i prowadzić przez rok rejestr działań związanych z poszukiwaniem pracy. Podjąłem co najmniej trzy działania związane z poszukiwaniem pracy w ciągu tygodnia lub postępowalem zgodnie z oficjalnym pisemnym planem poszukiwania pracy opracowanym i zatwierdzonym przez Departament Pracy, jeśli taki plan został opracowany, chyba że Departament Pracy zwolnił mnie z tego wymogu. Jeśli otrzymam prośbę o przesłanie rejestru działań związanych z poszukiwaniem pracy do Departamentu Pracy i nie odpowiem na tę prośbę, wypłata moich świadczeń może zostać wstrzymana. Składając niniejszy wniosek, zaświadczam, że spełniłem powyższe wymagania dotyczące poszukiwania pracy w tygodniu, którego dotyczy wniosek. Oświadczam, że powyższe oświadczenia są prawdziwe i poprawne i mogą być wykorzystane w przesłuchaniu dotyczącym mojego wniosku oraz że nie ubiegam się o świadczenia w żadnym okresie, kiedy przebywałem poza granicami Stanów Zjednoczonych, terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady i rozumiem, że prawo przewiduje kary za składanie fałszywych oświadczeń. Rozumiem również, że jeśli zostanie ustalone, że nie przysługują mi świadczenia, mam prawo do przesłuchania przed sądem administracyjnym bez żadnych kosztów i zobowiązań z mojej strony. Jeśli nie uda mi się zwrócić zasiłków, które otrzymałem lub nie zapłacę żadnych grzywien, ponieważ odmówiłem udzielenia informacji lub podałem nieprawdziwe informacje Departamentowi Pracy, Departament Pracy może podjąć kroki prawne w celu wydania wyroku przeciwko mnie. Po wydaniu, wyrok jest prawomocny i może być używany przeciwko mnie przez dwadzieścia lat, a moje pieniądze, w tym część mojej wypłaty i/lub rachunku bankowego, mogą zostać zajęte w ramach spłaty moich zobowiązań. Wyrok może zaszkodzić również mojej ocenie kredytowej i może negatywnie wpłynąć na moją zdolność do wynajęcia domu, znalezienia pracy lub zaciągnięcia pożyczki.

Proszę o wypełnienie poniższych informacji, jeżeli Państwa adres uległ zmianie:

Imię i nazwisko _____
Adres _____
Adres _____
Miasto _____ Stan _____ Kod _____

----- ✂ Przeciąć tutaj ✂ -----

Ważne oświadczenie związane z ubieganiem się o zasiłek: Proszę przeczytać

Rozumiem, że muszę aktywnie poszukiwać pracy oraz opracować i prowadzić przez rok rejestr działań związanych z poszukiwaniem pracy. Podjąłem co najmniej trzy działania związane z poszukiwaniem pracy w ciągu tygodnia lub postępowalem zgodnie z oficjalnym pisemnym planem poszukiwania pracy opracowanym i zatwierdzonym przez Departament Pracy, jeśli taki plan został opracowany, chyba że Departament Pracy zwolnił mnie z tego wymogu. Jeśli otrzymam prośbę o przesłanie rejestru działań związanych z poszukiwaniem pracy do Departamentu Pracy i nie odpowiem na tę prośbę, wypłata moich świadczeń może zostać wstrzymana. Składając niniejszy wniosek, zaświadczam, że spełniłem powyższe wymagania dotyczące poszukiwania pracy w tygodniu, którego dotyczy wniosek. Oświadczam, że powyższe oświadczenia są prawdziwe i poprawne i mogą być wykorzystane w przesłuchaniu dotyczącym mojego wniosku oraz że nie ubiegam się o świadczenia w żadnym okresie, kiedy przebywałem poza granicami Stanów Zjednoczonych, terytorium Stanów Zjednoczonych lub Kanady i rozumiem, że prawo przewiduje kary za składanie fałszywych oświadczeń. Rozumiem również, że jeśli zostanie ustalone, że nie przysługują mi świadczenia, mam prawo do przesłuchania przed sądem administracyjnym bez żadnych kosztów i zobowiązań z mojej strony. Jeśli nie uda mi się zwrócić zasiłków, które otrzymałem lub nie zapłacę żadnych grzywien, ponieważ odmówiłem udzielenia informacji lub podałem nieprawdziwe informacje Departamentowi Pracy, Departament Pracy może podjąć kroki prawne w celu wydania wyroku przeciwko mnie. Po wydaniu, wyrok jest prawomocny i może być używany przeciwko mnie przez dwadzieścia lat, a moje pieniądze, w tym część mojej wypłaty i/lub rachunku bankowego, mogą zostać zajęte w ramach spłaty moich zobowiązań. Wyrok może zaszkodzić również mojej ocenie kredytowej i może negatywnie wpłynąć na moją zdolność do wynajęcia domu, znalezienia pracy lub zaciągnięcia pożyczki.

Proszę o wypełnienie poniższych informacji, jeżeli Państwa adres uległ zmianie:

Imię i nazwisko _____
Adres _____
Adres _____
Miasto _____ Stan _____ Kod _____