



Department of Labor
PO Box 15130
Albany, NY 12212-5130

WAŻNE!

Wystaliśmy Państwu powiadomienie o ustaleniu wysokości świadczeń pieniężnych, pokazujące tygodniowe świadczenia, które Państwo otrzymają. Świadczenia te są oparte na Państwa zarobkach. Jeśli uważają Państwo, że część Państwa zarobków nie została uwzględniona, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza. Formularz musimy otrzymać w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty wysłania, zgodnie z informacją podaną w ostatnim powiadomieniu o ustaleniu wysokości świadczeń pieniężnych. **Proszę pisać wyraźnie drukowanymi literami. Jeżeli nie odczytamy Państwa pisma, nie będziemy w stanie przetworzyć niniejszego formularza.**

**Zasiłki dla bezrobotnych
Wniosek o ponowne rozpatrzenie**

Podaj następujące informacje

Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Data początkowa/Data złożenia wniosku: ___/___/___ Numer ubezpieczenia społecznego: XXX-XX-____

Wymagania dotyczące formularza

Aby poprawić i/lub dodać zarobki nieuwzględnione w Oszacowaniu finansowym świadczeń, prosimy zastosować się do następujących instrukcji:



- Używając czarnego lub niebieskiego długopisu, wpisz poniżej informacje dotyczące pracodawcy oraz zarobków kwartalnych.
- Załącz wszelkie dokumenty, które mogą potwierdzić twoje zatrudnienie oraz zarobki, np. odcinki wypłaty, formularz W-2, formularz 1099, kwity, czeki, napiwki, premie, wypłaty za zakwaterowanie, prowizje, wypłaty za urlopy oraz zaświadczenia o pracy i zarobkach.
- Nie wysyłaj oryginałów, zrób jednostronne kopie wszystkich dokumentów na papierze formatu 8½ x 11 cala.
- Na każdym załączonym dokumencie wpisz swoje imię, nazwisko, numer Social Security oraz numer telefonu.
- Jeżeli otrzymałeś odszkodowanie pracownicze, dołącz kopię ostatniego Kolejnego raportu dot. obrażenia (SROI).
- Wypełniony niniejszy formularz wraz ze wszelkimi załącznikami musi być dostarczony w terminie podanym powyżej w rubryce **WAŻNE! Pisać wyraźnie.**



Dane pracodawcy

Prosimy wpisać informacje czytelnym pismem. Jeżeli informacje dotyczą więcej niż trzech (3) pracodawców, dołącz dodatkową kartkę.

Pracodawca: _____

Adres: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____

Pełne kwartalne zarobki brutto w zasadniczym lub alternatywnym okresie bazowym

Wpisz pełne zarobki kwartalne brutto uzyskane od każdego pracodawcy/za wskazany kwartał. Jeżeli potrzebujesz pomocy, sprawdź swoje ostatnie Oszacowanie finansowe świadczeń.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Pracodawca: _____

Adres: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Pracodawca: _____

Adres: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Jeżeli praca była wykonywana poza stanem Nowy Jork, podaj nazwę stanu: _____

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Kwartał: ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____.

Potwierdzenie

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(-a) kar za składanie fałszywych informacji. Rozumiem, że zostanę powiadomiony(-a) o wyniku mojego wniosku.

Podpis (wymagany)

Data

Nr. kier.

Numer telefonu

Instrukcje dot. Zwrotu

Niniejszy formularz wraz z wszelkimi załącznikami musi być dostarczony w terminie podanym powyżej w rubryce „WAŻNE!”.

Faks: 518-457-9378. Niniejszy wniosek jest listem przewodnim. Wpisać pełną liczbę stron _____

LUB ADRES POCZTOWY: New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130

LUB Online: www.labor.ny.gov/signin Prześlij za pośrednictwem systemu przesyłania wiadomości na koncie online. Wybierz „Prześlij dokumenty”, a następnie „Prześlij dokumenty płatcowe”. Wpisz temat „Dokumentacja płatcowa”.

Złóż wniosek o cotygodniowe świadczenia online www.labor.ny.gov lub dzwoniąc do Tel-Service pod nr 888-581-5812.



Więcej informacji na stronie internetowej: www.labor.ny.gov.



Informacje pomocnicze patrz poradnik wnioskodawcy na stronie www.labor.ny.gov/uihandbook.