



طلب إعادة النظر بشأن التأمين ضد البطالة

قم باستيفاء البيانات التالية: الاسم: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
العنوان: _____
البيانات العنوان: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____
تاريخ نفاذ/بدء الدعوى: _____ BENEFIT YEAR BINDING DATE _____
متطلبات الاستمارة لتصحيح الأجر و/أو إضافة أجر غير موجودة في الحكم النقدي بشأن التعويضات، اتبع التعليمات التالية:

- قم باستيفاء معلومات أجر جهة العمل وأجر ربيع السنة التالية بالبحر الأزرق أو الأسود.
- أرفق إثباتاً للأجر (الأجر التي تشتمل على قيمة الحكم النقدي، والوجبات، والسكن، بالإضافة إلى العمولات والأجارات مدفوعة الأجر).
- قم بعمل صور ضوئية لكل المستندات المؤيدة على ورق ذو وجه واحد بمقياس 8 2/11 × 11، لا تقم بإرسال الأصول.
- اكتب اسمك، ورقم الضمان الاجتماعي، ورقم هاتفك على كل ورقة مرفقة،
- إذا كنت تحصل على تعويض عمالي قم بإرفاق نسخة من آخر استمارة C8.
- يجب أن يتم استلام هذا الإخطار بعد استيفائه وجميع المرفقات خلال الوقت المحدد أنفاً في رسالة موسومة بعبارة هام!



معلومات جهة العمل

الرجاء الكتابة بوضوح، وإذا كان لديك معلومات لأكثر من ثلاثة أصحاب عمل فقم بإرفاق هذه المعلومات في ورقة إضافية

اسم جهة العمل:	إجمالي أجر أرباع فترة سنة الأساس الأساسية أو البديلة
العنوان:	اكتب إجمالي أجر أرباع سنة لكل جهة عمل / ربيع سنة، راجع آخر حكم نقدي بشأن التعويضات على سبيل المثال
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
إذا قمت بعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية _____	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	شهر يوم _____ شهر يوم سنة
اسم جهة العمل:	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
العنوان:	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
إذا قمت بعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية _____	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	شهر يوم _____ شهر يوم سنة
اسم جهة العمل:	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
العنوان:	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
المدينة: _____ الولاية: _____ الرقم البريدي: _____	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
إذا قمت بعمل خارج ولاية نيويورك، فاكتب اسم الولاية _____	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	الربيع _____ / _____ / _____ - _____ / _____ / _____ دولار
	شهر يوم _____ شهر يوم سنة

أقر بأن المعلومات السابقة صحيحة وأدرك أنه سوف يتم إرسال طلب إقرار.

التوقيع المطلوب التاريخ رقم المنطقة رقم الهاتف

تعليمات إعادة الإرسال: يجب إعادة إرسال هذا الإخطار والمرفقات خلال الفترة الزمنية الموضحة أعلاه في رسالة موسومة بعبارة هام!

أو بالبريد الإلكتروني: وزارة العمل في ولاية نيويورك
صندوق بريد 15130
البياني، نيويورك 12212-5130

فاكس: 518-457-9378
هذا الإخطار هو صفحة الغلاف



مساعدة، راجع كتيب المدعي



لمزيد من المعلومات قم بزيارة موقعنا



قم بدعوى الإعانات الأسبوعية على الإنترنت أو



www.labor.state.ny.us