



**NEW YORK STATE
DEPARTMENT OF LABOR**
P. O. Box 15130
ALBANY, NY 12212-5130

ENPÒTAN!

Nou dwe resevwa repons sou (30) jou dat nou voye dènye Detèminasyon Benefis Lajan w la pa lapòs.

**ASIRANS CHOMAJ
Demann pou Rekonsiderasyon**

Ranpli Enfòmasyon sa a

NON: _____ # NIMEWO SEKIRITE SOSYAL: _____ - _____ - _____

ADRÈS: _____

VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____

DAT REKLAMASYON EFEKTIF/KÒMANSE: ____/____/____ BENEFIT YEAR ENDING DATE: ____/____/____

Kondisyon Fòm

Pou korije apwentman epi/oswa ajoute apwentman ki pa nan Detèminasyon Benefis Lajan w la, swivesplikasyon ki pi ba yo.



- Mwen mete prèw salè, (apwentman ansanm ak valè lajan poubwa, boni, manje ak kay, ansanm komisyon ak lajan vakans);
- Mwen fè kopi tout dokiman yo sou yo bò papye ki mezire 8½ x 11. Pa voye orijinal yo;
- Ranpli enfòmasyon patwon ak apwentman twa mwa pi ba a ak lank nwa oswa ble;
- Mwen ekri Non w, Nimewo Sekirite Sosyal ak Nimewo Telefòn sou chak atachman;
- Si w resevwa Asirans Domaj gen yon kopi dènye fòm C8 ou a;
- Nou dwe resevwa avi ki ranpli sa a ak tout atachman yo nan tan limit ki make pi wo a nan mesaj ENPÒTAN!

Enfòmasyon Patwon

Tanpri Enprime Klè. Tache yon paj anplis si w gen enfòmasyon pou plis pase twa (3) patwon.

PATWON: _____

ADRÈS: _____

VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____

Si travay la te fèt andeyò Eta Nouyòk, make ki Eta _____

Total Apwentman Anvan Taks pou Twa Mwa Peryòd Debaz Altènè oswa Inisyal

Ekri apwentman anvan taks pou twa mwa pou chak patwon / twa mwa ki make. Gade dènye Detèminasyon Lajan w la pou asistans.

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

MM JJ AAAA MM JJ AAAA

PATWON: _____

ADRÈS: _____

VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____

Si travay la te fèt andeyò Eta Nouyòk, make ki Eta _____

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

MM JJ AAAA MM JJ AAAA

PATWON: _____

ADRÈS: _____

VIL: _____ ETA: _____ KÒD POSTAL: _____

Si travay la te fèt andeyò Eta Nouyòk, make ki Eta _____

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

TWA MWA ____/____/____ - ____/____/____ \$, .

MM JJ AAAA MM JJ AAAA

Rekonesans

Mwen konprann si mwen itilize Peryòd Debaz Altènè a, yo pap ka itilize apwentmen sa yo nan yon reklamasyon nan lavni.

Siyati obligatwa Dat Areya Kòd Nimewo Telefòn

Esplikasyon pou Retounen Fòm yo



FAKS: 518-457-9378 **OSWA**
Avi sa a se premye paj ou a.
Make # total paj yo _____



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



Reklame benefis pa semenn ou nan entènèt oswa lè w rele Tel-Service.



Pou enfòmasyon anplis ale sou sit entènèt nou an: www.labor.ny.gov



Pou asistans, gade Liv Reklaman w la