

IMPORTANTE!

La sua risposta deve pervenire entro trenta (30) giorni dalla data di spedizione della sua ultima Determinazione dell'importo del sussidio.

ASSICURAZIONE PER LA DISOCCUPAZIONE
Richiesta di revisione

Completare NOME _____ NO DI SOCIAL SEC. _____
i dati seguenti: INDIRIZZO _____
CITTÀ _____ STATO _____ CAP _____
DOMANDA VALIDA/DATA INIZIO ___/___/___ TERMINE ANNO ASSICURATO ___/___/___

Regole per il modulo Per correggere la retribuzione e/o aggiungere retribuzione non riportata nella Determinazione dell'importo del sussidio seguire le istruzioni qui sotto.

- Inserire i dati sul datore di lavoro e la retribuzione trimestrali qui sotto usando inchiostro nero o blu.
- Allegare documentazione della retribuzione (che comprende il valore in denaro di mance, incentivi, pasti e alloggio, oltre a commissioni e retribuzione di ferie).
- Fotocopiare tutta questa documentazione di supporto su fogli di dimens. 8 1/2 X 11 su una sola facciata. Non mandare gli originali.
- Su ogni allegato scrivere il proprio nome, numero di previdenza sociale e numero di telefono.
- Se ha ricevuto Workers Compensation accluda una copia del suo più recente modulo C8.
- Questo modulo e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine specificato sopra nel messaggio IMPORTANTE!

<p>Dati del datore di lavoro Scrivere chiaramente in stampatello. Allegate un altro foglio se dovete riportare più di tre (3) datori di lavoro</p> <p>DATORE DI LAVORO _____ INDIRIZZO _____ CITTÀ _____ STATO _____ CAP _____ Se il lavoro si è svolto fuori dello stato di New York indicare qui in quale stato _____</p>	<p>Retribuzione lorda complessiva trimestrale del periodo base di base o alternativo. Scrivere la retribuzione lorda complessiva trimestrale per ogni datore di lavoro/ trimestre indicato.Per assistenza far riferimento alla sua più recente Determinazione dell'importo del sussidio.</p> <p>TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ ME GI ANNO ME GI ANNO</p>
<p>DATORE DI LAVORO _____ INDIRIZZO _____ CITTÀ _____ STATO _____ CAP _____ Se il lavoro si è svolto fuori dello stato di New York indicare qui in quale stato _____</p>	<p>TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ ME GI ANNO ME GI ANNO</p>
<p>DATORE DI LAVORO _____ INDIRIZZO _____ CITTÀ _____ STATO _____ CAP _____ Se il lavoro si è svolto fuori dello stato di New York indicare qui in quale stato _____</p>	<p>TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ TRIMESTRE ___/___/___ ___/___/___ \$ _____ ME GI ANNO ME GI ANNO</p>

Dichiarazione Certifico che le informazioni qui sopra sono esatte e so che mi saranno comunicati i risultati della mia richiesta.

Firma obbligatoria _____ Data _____ Prefisso _____ Numero telefonico _____

Istruzioni per spedizione Il modulo e tutti gli allegati devono pervenire entro il termine indicato più sopra nel messaggio IMPORTANTE!
[icona] FAX: 518-457-9378 O **[icona]POSTA:** **Dipartimento del lavoro dello stato di New York**
Questo modulo è la prima pagina **P.O.Box 15130**
Indicare numero totale di pagine _____ **Albany, NY 12212-5130**

[icona] Chieda il suo sussidio settimanale online o chiamando il Servizio Telefonico **[icona]** Per maggiori informazioni visiti il nostro sito web www.labor.state.ny.us **[icona]** Per assistenza consulti il libretto informativo per i richiedenti