



## ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH

### Prośba o Ponowne Rozpatrzenie

#### Uzupełnij następujące informacje

NAZWISKO: \_\_\_\_\_ NR SOCIAL SECURITY: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 ADRES: \_\_\_\_\_  
 MIASTO: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ KOD POCZT: \_\_\_\_\_  
 DATA WEJŚCIA W ŻYCIE/ROZPOCZĘCIA WNIOSKU: \_\_/\_\_/\_\_ KOŃCOWA DATA ROKU ZASIŁKU: \_\_/\_\_/\_\_

#### Wymogi formularza

Aby poprawić informacje o wynagrodzeniu i/lub dodać wynagrodzenia nie wymienione w Oszacowaniu Finansowym, postępuj zgodnie z poniższą instrukcją.



- Czarnym lub niebieskim atramentem podaj poniżej informacje o pracodawcy i kwartalnym wynagrodzeniu;
- Załącz dowód wynagrodzenia, (wynagrodzenie obejmuje finansową wartość napiwków, ulg, posiłków i zakwaterowania jak i prowizji oraz płatnego urlopu).
- Wykonaj fotokopie wszystkich dokumentów w formacie 8½ x 11 i na jednej stronie. Nie wysyłaj oryginałów;
- Na każdym załączniku napisz swoje imię i nazwisko, nr Social Security i numer telefonu;
- Jeśli otrzymałeś Wyrównanie Pracownicze załącz kopię ostatniego formularza C8;
- Wypełnione dokumenty i wszystkie załączniki muszą do nas dotrzeć w podanym wyżej terminie oznaczonym WAŻNE!

#### Informacje o pracodawcy

Proszę pisać pismem drukowanym. Dołączyć dodatkową kartę jeśli masz informacje o więcej trzech (3) pracodawcach..

PRACODAWCA: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

MIASTO: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Jeśli pracowałeś poza granicami stanu New York, wskaż stan: \_\_\_\_

#### Podstawowy lub alternatywny okres bazowy wynagrodzeń kwartalnych brutto

Wpisz kwartalne pensje brutto od każdego pracodawcy / zaznaczonego kwartału. Odnieś się do ostatniego Oszacowania Finansowego.

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

MM DD RRRR MM DD RRRR

PRACODAWCA: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

MIASTO: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Jeśli pracowałeś poza granicami stanu New York, wskaż stan: \_\_\_\_

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

MM DD RRRR MM DD RRRR

PRACODAWCA: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

MIASTO: \_\_\_\_\_ STAN: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Jeśli pracowałeś poza granicami stanu New York, wskaż stan: \_\_\_\_

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

KWARTAŁ \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_    ,    .

MM DD RRRR MM DD RRRR

#### Oświadczenie

Zdaję sobie sprawę, że korzystając z Alternatywnego Okresu Bazowego, nie mogę wykorzystywać tych wynagrodzeń do przyszłych wniosków.

\_\_\_\_\_  
Wymagany podpis

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Kierunkowy numer telefoniczny

#### Zwrotne

Ten dokument i wszystkie załączniki muszą do nas dotrzeć w podanym wyżej terminie oznaczonym WAŻNE!

#### Instrukcje



**FAX: 518-457-9378**

Ten dokument jest stroną pierwszą.

Podaj liczbę stron ogółem

LUB



**POCZTA:** New York State Department of Labor

P.O. Box 15130

Albany, NY 12212-5130



Składaj wniosek o cotygodniowy zasiłek na stronie internetowej lub zadzwoń na Tel-Service..



Dodatkowe informacje znajdują się na naszej stronie internetowej: [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)



Aby uzyskać pomoc, przejrzyj swój Poradnik Wnioskodawcy