¡IMPORTANTE!

Su respuesta debe ser recibida dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que envié su última Determinación Monetaria de Beneficios. **Escriba con letra de imprenta clara. De lo contrario, no podremos procesar este formulario.**

Seguro por desempleo
Solicitud de reconsideración

Complete con letra de imprenta clara.

Apellido: _____ Nombre: _____ Iniciales del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de entrada en vigencia/de inicio del reclamo: ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social: XXX-XX-_____

Requisitos del formulario

Para corregir los ingresos o añadir ingresos que no se encuentran en su Determinación Monetaria de Beneficios, siga las siguientes instrucciones.

- Complete la información del empleador y de los ingresos trimestrales a continuación usando tinta negra o azul.
- Incluya cualquier documentación que pueda considerarse como prueba de empleo e ingresos; por ejemplo: talonarios de pago, W-2, 1099, vales, cheques, propinas, bonos, comidas, hospedaje, comisiones, paga de vacaciones y registros de empleo o pagos.
- No envíe documentos originales. Haga copias de toda su documentación a una cara usando papel de 8½ x 11 pulgadas.
- Escriba su nombre, los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y su número de teléfono en todos los documentos.
- Si usted recibió una compensación al trabajador, incluya una copia del último Informe de Lesiones Posterior (Subsequent Report of Injury, SROI) que presentó.
- Este formulario completado y todos los documentos adjuntos deben ser recibidos dentro del período indicado en el mensaje ¡IMPORTANTE! que aparece más arriba. **Escriba con letra de imprenta clara.**

Información del empleador

Escriba con letra de imprenta clara. Adjunte una hoja adicional si tiene información de más de tres (3) empleadores.

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

Ingresos brutos totales trimestrales del período básico o alternativo

Escriba los ingresos brutos totales trimestrales para cada empleador/trimestre indicado. Consulte su última Determinación Monetaria de Beneficios si necesita ayuda.

Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Si trabajó fuera del estado de Nueva York, indique el estado: _____

Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.
Trimestre	____/____/____ - ____/____/____	\$_____.

Certificación

Certifico que la información que figura más arriba es verdadera según mi leal saber y que sé que se imponen penalidades por hacer declaraciones falsas. Entiendo que se me informarán los resultados de mi solicitud.

Firma (obligatoria)

Fecha

Código de área

Número de teléfono

Instrucciones de envío

Este formulario y toda la documentación adjunta deben recibirse dentro del período indicado más arriba en el mensaje ¡IMPORTANTE!

Enviar **por fax**: 518-457-9378. Este formulario es su página de portada. Indique la cantidad total de páginas: ____.

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

Reclame sus beneficios semanales en
www.labor.ny.gov o llame a Tele-Servicio
al 888-581-5812.

Para obtener más información, visite:
www.labor.ny.gov.

Para obtener ayuda, consulte la
Guía para Reclamantes en
www.labor.ny.gov/uihandbook.