



IMPORTANT !

Ce formulaire doit être reçu dans un délai de trente jours calendaires à compter de la « Date d'envoi » de votre dernière Détermination d'allocations financières. **Veillez écrire lisiblement en majuscules. À défaut, votre formulaire ne pourra pas être traité.**

**Assurance-chômage
Demande de reconsidération**

Écrivez lisiblement en majuscules

Nom de famille: _____ Prénom: _____ Initiale du 2^e prénom: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ État: _____ Code postal: _____
 Date effective d'entrée en vigueur de la demande: ___/___/___ N° Sécurité Sociale : XXX – XX - ____ _

Exigences requises pour le formulaire

Pour corriger les salaires et/ou ajouter les salaires ne figurant pas sur votre Détermination financière, suivez les instructions ci-dessous.



- Remplissez les informations relatives aux employeurs et aux salaires trimestriels ci-dessous en utilisant un stylo à encre noire ou bleue.
- Joignez tout document en votre possession pouvant servir de justificatif d'emploi et de rémunération, tel que: fiches de paie, W-2, 1099, récépissés, chèques, pourboires, primes, repas, logement, commissions, congés payés et relevés d'emploi et/ou de paiement.
- Faites des photocopies de toutes les pièces justificatives sur des feuilles de papier imprimées uniquement au recto de format 8 1/2 x 11. N'envoyez pas les originaux.
- Écrivez votre nom, les quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale et votre numéro de téléphone sur chaque pièce jointe.



Si vous avez reçu des indemnités d'accident du travail, joignez un exemplaire de votre Déclaration d'accident la plus récente (Subsequent Report of Injury, SROI).

Ce formulaire dûment rempli et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé IMPORTANT ! **Veillez écrire lisiblement en majuscules.**

Renseignements concernant l'employeur:

veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie. Joignez une page supplémentaire si vous devez fournir des renseignements concernant plus de (3) trois employeurs.

Employeur: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 État: _____ Code Postal: _____
 Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État: _____

Total des salaires bruts trimestriels de la Période de base basique ou alternative: inscrivez le total des salaires bruts trimestriels pour chaque employeur/trimestres indiqué. Consultez votre Détermination de financière la plus récente si vous avez besoin d'aide.

Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____

Employeur: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 État: _____ Code Postal: _____
 Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État: _____

Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____

Employeur: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 État: _____ Code Postal: _____
 Si vous avez travaillé dans un état autre que l'État de New York, indiquez l'État: _____

Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____
 Trimestre ___/___/___ - ___/___/___ \$ _____, _____ . _____

Attestation

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et que je suis informé(e) des pénalités encourues en cas de fausse déclaration. Je comprends que je serai informé(e) des résultats de ma demande.

_____/_____/_____ / _____ - _____ / _____ / _____
 Signature obligatoire Date Indicatif Numéro de téléphone

Instructions relatives au renvoi

Cet avis et toutes les pièces jointes doivent être reçus dans le délai indiqué ci-dessus, dans le message intitulé IMPORTANT!

Fax : 518-457-9378. Cet avis est votre page de garde. Précisez le nombre total de pages ____.

OU



Voyez li pa Lapòs: Courrier : New York State Department of Labor, P.O. Box 15130, Albany, NY 12212-5130.



Demandez vos allocations chaque semaine www.labor.ny.gov ou en appelant Tel-Service au 888-581-5812.



Pour de plus amples renseignements www.labor.ny.gov.



Consultez votre Guide destiné aux demandeurs pour une assistance sur