

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ				ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР					
	BYE	PROCESS DATE	LWP	BALANCE	WBA	EXT	BATCH	PR	

State of Washington - Employment Security Department
ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ

OFFICE USE ONLY
 ADDR CHANGE? _____ LATE? _____

Укажите в графах ваши имя и фамилию печатными буквами, а также идентификационный номер. Без данной информации ваше заявление рассматриваться не будет.

Если с момента последнего обращения в данный отдел произошли изменения вашего имени, фамилии, адреса или номера телефона, укажите новые данные в графе справа.

Заполненную форму необходимо выслать по адресу: **Spokane UI Claims Center – CCPU, P.O. Box 14857, Spokane, WA 99214-0857; факс местного отделения: 509-893-7240; бесплатный номер факса: 877-280-6224.**

ВНИМАНИЕ. Если ваши имя, фамилия, адрес или номер телефона указаны неверно, впишите исправленную информацию здесь.

Фамилия, имя _____
 Адрес _____
 Адрес _____
 Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____
 Номер телефона Код города () _____

ОТВЕТЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ НИЖЕ	Я подаю заявление на получение пособия по безработице за календарную(ые) неделю(и) до полуночи субботы. ЗА СЛЕДУЮЩИЕ ДАТЫ:	ПЕРВАЯ НЕДЕЛЯ		ВТОРАЯ НЕДЕЛЯ	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ

1. Были ли вы физически в состоянии и была ли у вас возможность работать каждый день? (Если нет, заполните раздел А ниже.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Вы занимались активным поиском работы, как указано, и внесли свои контактные данные в журнал поиска работы? (Если нет, заполните раздел А ниже.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Вы отказались от какого-либо предложения работы или не пришли на назначенное собеседование с работодателем? (Если да, заполните раздел А ниже.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вы подавали заявление на получение компенсации по нетрудоспособности или компенсации потерпевшему от преступления?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Вы подавали заявление на получение пенсии или у вас есть изменения в пенсии? (Если да, заполните раздел В ниже.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Вы получали плату за работу в праздничные дни? (Если да, укажите общую сумму выплаты до удержаний и заполните раздел С ниже.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
7. Вы получали отпускные? (Если да, укажите общую сумму выплаты до удержаний и заполните раздел D ниже.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
8. Вы получали пособие при увольнении? (Если да, укажите общую сумму выплаты до удержаний и заполните раздел E ниже.)	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
9. Вы работали? (Если да, заполните раздел F ниже.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Если вы ответили «НЕТ» на вопросы 1 или 2, либо «ДА» на вопрос 3, укажите причину. Приведите подробную информацию. (Вы болели, находились в отъезде, приступили к работе, место работы находилось слишком далеко?) **УКАЖИТЕ ТОЧНЫЕ ДАТЫ.** Укажите ГДЕ (например, местоположение рабочего места или школы); КТО с вами общался (имя и фамилия лица, проводившего собеседование, имя и фамилия врача, название школы). При наличии другой информации, которая, по вашему мнению, важна, разъясните или приложите данную информацию.
 Разъяснение: _____

B Если вы ответили «ДА» на вопрос 5, укажите следующую информацию о вашей пенсии.
 Источник пенсии? _____; Это: новая пенсия? **или** изменение в размере текущей пенсии? Новый или измененный месячный размер пенсии до удержаний составляет _____ \$; новый или измененный размер пенсии выплачивается со следующей даты: _____

C Если вы ответили «ДА» на вопрос 6, обязательно укажите общий размер выплаты за работу в праздничные дни до удержаний. За какие праздничные дни вы получили оплату? _____; Источник выплаты: _____; Количество оплаченных часов: _____

D Если вы ответили «ДА» на вопрос 7, обязательно укажите общий размер выплаты до удержаний. Отпускные выплачивались за: ранее отработанный период времени или определенные даты (в таком случае, укажите даты и часы _____); Источник выплаты: _____

E Если вы ответили «ДА» на вопрос 8, обязательно укажите общий размер выплаты до удержаний. Тип выплаты: _____; За какие даты? _____; Обоснование выплаты: _____; Источник выплаты: _____

– ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ И ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ В УКАЗАННОМ МЕСТЕ ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ –
 Я подтверждаю, что вся указанная в данной форме информация верна. Я знаю, что указание в данном заявлении ложной информации карается законом.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР
-------------------------	-------------------------

F Если вы ответили «**ДА**» на вопрос **9**, укажите информацию о **КОЛИЧЕСТВЕ ЧАСОВ** и **ДОХОДАХ**, полученных за работу на каждого работодателя.

1. Имя, фамилия (название) работодателя: _____ Адрес: _____
 Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Какую работу вы выполняли: _____

КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ ЗА КАЖДЫЙ ДЕНЬ

ПЕРВАЯ НЕДЕЛЯ										ВТОРАЯ НЕДЕЛЯ									
//_										_/_/_									
ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ	ОБЩИЙ ДОХОД	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ	ОБЩИЙ ДОХОД		

Если после указанной недели вы не планируете работать, укажите почему:

- 1 УВОЛИЛСЯ(-ЛАСЬ); 2 БЫЛ(-А) УВОЛЕН(-А);
 5 НЕТ РАБОТЫ;
 9 НЕТ РАБОТЫ, СОКРАЩЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЧАСОВ;
 ДРУГОЕ _____

1. Имя, фамилия (название) работодателя: _____ Адрес: _____
 Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Какую работу вы выполняли: _____

КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ ЗА КАЖДЫЙ ДЕНЬ

ПЕРВАЯ НЕДЕЛЯ										ВТОРАЯ НЕДЕЛЯ									
//_										_/_/_									
ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ	ОБЩИЙ ДОХОД	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ	ОБЩИЙ ДОХОД		

Если после указанной недели вы не планируете работать, укажите почему:

- 1 УВОЛИЛСЯ(-ЛАСЬ); 2 БЫЛ(-А) УВОЛЕН(-А);
 5 НЕТ РАБОТЫ;
 9 НЕТ РАБОТЫ, СОКРАЩЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ЧАСОВ;
 ДРУГОЕ _____

– ПОЖАЛУЙСТА, **ПРОЧИТЕ** ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ И **ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ** В УКАЗАННОМ МЕСТЕ ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ –

Я подтверждаю, что вся указанная в данной форме информация верна. Я знаю, что указание в данном заявлении ложной информации карается законом.



ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

EMS 5325 - RUS (Rev. 12/11) CC 7540-032-167