

اطلاعیه کاهش درآمد

EDD USE ONLY Interviewer's Initial
AC

نام خانوادگی	نام	شماره تأمین اجتماعی
<p>توجه داشته باشید: یک DE 2063 را فقط برای دوره هفت روزه متوالی مربوط به هفته حقوق و دستمزد خود صادر کنید. اگر به کارگران خود کمتر از یک بار در هر هفت روز حقوق می دهید، باید برای هر هفته تقویمی (یکشنبه تا شنبه) بیکاری نسبی یک DE 2063 صادر کنید. لطفاً به همه سوالات زیر پاسخ دهید.</p>		

بیانیه کارفرما برای تاریخ حقوق و دستمزد آخر هفته: _____ (ماه/روز/سال)

1. درآمد ناخالص (قبل از کسر) بود (اگر هیچ درآمدی وجود نداشت، 0 را وارد کنید) \$ ◀
2. آیا این کارمند برای همه کارهایی که در این هفته حقوق و دستمزد در دسترس بوده گزارش داده است؟ ◀ بله خیر
اگر پاسخ "نه" است تاریخ(های) را ذکر کنید _____
(a) دلیل: _____
3. چرا این کارمند تمام وقت کار نمی کند؟ (یک مورد را علامت بزنید)
اخراج به دلیل بیکاری (شامل کاهش ساعت) ترخیص از ک ترک داوطلبانه
4. آخرین تاریخی را وارد کنید که این کارمند هر کاری را در استخدام شما یا قبل از تاریخ آخر هفته حقوق و دستمزد نشان داده شده در بالا انجام داده: _____ (ماه/روز/سال)

گواهی کارفرما: من گواهی می دهم که مبلغ در مورد 1 نشان دهنده کاهش درآمد در یک هفته کمتر از کار تمام وقت به دلیل کمبود کار است به جز موارد نشان داده شده در مورد 2 است.
وارد کنید

نام شرکتتان	شماره تلفن‌تان
آدرس	شهر
کد پستی	شماره حساب کارفرما
X	
امضای کارفرما	
تاریخ صدور برای کارمند: _____ (ماه/روز/سال)	
این فرم را فوراً بعد از تاریخ منتهی به آخر هفته حقوق و دستمزد نشان داده شده در بالا صادر کنید	

خواهان:

شما باید این بخش را تکمیل کنید. این سوالات و پاسخ های شما مربوط به تاریخ(های) منتهی به آخر هفته حقوق و دستمزد است که در بالای این فرم نشان داده شده است.

- A. آیا دلیل دیگری به جز نبود کار وجود داشت که به خاطر آن نمی توانستید هر روز کاری معمولی در آن هفته، تمام وقت کار کنید؟ ◀ بله خیر
(1) اگر بله، دلیل، تاریخ ها و زمانی که نتوانستید کار کنید را ذکر کنید: _____
- B. آیا در هر روز آن هفته برای کسی غیر از کارفرمای معمولی خود کار می کردید؟ (این شامل خوداشتغالی نیز می شود). ◀ بله خیر
(1) نام کارفرما چیست؟ _____
آدرس: _____
(2) قبل از کسورات از آن کارفرما چقدر درآمد داشتید، خواه حقوق می گرفتید یا نه؟ \$ ◀
(3) تاریخ های کار کردن _____ تا _____ . دلیل دیگر کار نکردن: _____
- C. آیا غیر از تأمین اجتماعی مستمری دریافت می کنید؟ ◀ بله خیر
(1) اگر بله، آیا از آخرین باری که گزارش دادید، تغییری در مبلغ ایجاد شده است؟ ◀ بله خیر
(2) اگر تغییری رخ داده است، مبلغ ناخالص جدید را وارد کنید. \$ ◀
دلیل تغییر را توضیح دهید: _____
- D. آیا در آن هفته آدرس یا شماره تلفن خود را تغییر داده اید؟ ◀ بله خیر
(1) اگر بله، لطفاً اطلاعات را در فضای زیر ارائه کنید.
E. اگر می خواهید مالیات بر درآمد فدرال برای آن هفته کسر شود، این بلوک را علامت بزنید ←

گواهی خواهان: من سوالات این فرم را درک می کنم. من می دانم که اگر اظهارات نادرست بگویم یا از حقایق برای دریافت مزایا خودداری کنم، قانون مجازات هایی را در نظر گرفته است؛ پاسخ های من حقیقی و درست هستند. من تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می کنم که یک شهروند یا تبعه ایالات متحده، یا یک غیر شهروند در وضعیت مهاجرت رضایت بخش هستم و اجازه کار توسط خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده را دارم.

امضای شما الزامی است	شماره تلفن
آدرس	شهر
کد پستی	کد پستی

در نظر داشته باشید: این دعوی فقط از طریق تماس با اداره توسعه اشتغال ظرف 28 روز پس از صدور برای شما به هنگام است. استثناء: اگر می دانید که بیش از دو هفته متوالی کاملاً بیکار خواهید بود، بلافاصله با EDD تماس بگیرید.