

サンプルこのページは、参照用のみのものです。

小切手の配達には10日間を要します。 このスタブを切り離してあなたの記録のためにご利用ください

継続 請求

すべての質問にご回答ください。回答の記入の仕方の例については、裏面の項目Aをご参照ください。各々の質問については、あなたの保有されている小冊子 福利厚生と雇用サービスのガイド の中で説明されています。

このフォームに記入のうえ、以下の期日までに郵送ください

	開始 終了	第1週目	開始 終了	第2週目	
		はい	いいえ	はい	いいえ
1. 病気又は怪我が重篤であったため就労できませんでしたか？.....>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
もし、はいが回答である場合は、就労できなかった日数(1から7まで)をご入力ください.....>		<input type="text" value=""/>	(1-7)	<input type="text" value=""/>	(1-7)
2. 各々の就業日にフルタイムでの就労受諾出来なかったことについて、(病気やケガ以外)の理由がありましたか.....>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 求職活動に従事されましたか？.....>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ← Xと印された場合、次項に記入頂かなければなりません。B.、就職活動の記録、逆順の時系列でご記載ください。					
4. 就労の機会を辞退されたことがおありですか？.....>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. あなたは、何らかの種類の学校又は訓練に出席し始めたことがおありですか？.....>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. あなたは、就労し、又は何らかの金銭を稼がれたことがありましたか、実際に支払いを受けたか否かを問わず？.....>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(回答がはいのとき、あなたは以下の項目a及びbへ記入しなければなりません。)					
a. 控除前の所得をここに <input type="text" value=""/> >		\$ <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	\$ <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
b. 雇用又は所得の「源」に関する情報を以下にご報告ください:					

	最終就業日の 日付	合計 就業時間	雇用主名及び郵送先住所-郵便番号を含む	就業しなくなった理由 (又は、「引き続き就業中」と記入すること)
第1週目				
第2週目				

7. 上述の週について連邦所得税の源泉徴収を希望される場合は、このブロックに印をお付けください。.....>
8. 郵送先住所又は電話番号に変更があった場合は、このブロックに印を付し、この項目への記入をお済ませください。Dを裏側へ。.....>

このフォームの質問を理解しました。私は、給付を受けるために虚偽の陳述を行い、又は事実を差し控えたりした場合、法律に基づき罰則が科せられることを承知しています。私の回答は、真実かつ正しいものです。私は、偽証罪に問われることを承知のうえで、私が米国民若しくは国民、又は満足のいく移民資格を有し、USCISから就労を許可された外国人である旨宣言致します。私こと、給付金の請求の最終期限日より前にこのフォームに署名致しました。

X
(あなたの署名が必要です)

切り離して処分します

