

कम कमाई का नोटिस

नाम का अंतिम भाग	नाम का पहला भाग	सोशल सिक्योरिटी नंबर	EDD USE ONLY Interviewer's Initial
<p><b>ध्यान दें:</b> आपके पेरोल सप्ताह के अनुरूप केवल सात-लगातार-दिनों की अवधि के लिए DE 2063 जारी करें। यदि आप अपने कर्मचारियों को प्रत्येक सात दिनों में एक बार से कम बार भुगतान करते हैं, तो आपको आंशिक बेरोजगारी के प्रत्येक कैलेंडर सप्ताह (रविवार से शनिवार) के लिए DE 2063 जारी करना होगा। कृपया नीचे दिए गए सभी प्रश्नों का जवाब दें।</p>			AC

पेरोल सप्ताह समाप्त होने की तारीख के लिए नियोक्ता का बयान: \_\_\_\_\_ (मम/दद/वव)

- सकल आय (कटौतियों से पहले) थी (यदि कोई कमाई नहीं थी, तो 0 दर्ज करें) ..... ▶ \$ \_\_\_\_\_
- क्या इस कर्मचारी ने इस पेरोल सप्ताह के दौरान उपलब्ध सभी कार्यों के लिए रिपोर्ट की? ..... ▶  हाँ  नहीं  
(a) यदि उत्तर "नहीं" है तो तारीख(तारीखें) दें \_\_\_\_\_  
(b) कारण: \_\_\_\_\_
- यह कर्मचारी फुल-टाइम काम क्यों नहीं कर रहा है? (एक पर निशान लगाएं)  
काम की कमी के कारण छंटनी (घंटों में कमी शामिल है)  काम से निकाल दिया  स्वैच्छिक छोड़ दिया
- अंतिम तिथि दर्ज करें जब इस कर्मचारी ने ऊपर दिखाए गए पेरोल सप्ताह समाप्त होने की तारीख पर या उससे पहले आपके रोजगार में कोई काम किया है: \_\_\_\_\_ (मम/दद/वव)

**नियोक्ता प्रमाणन:** मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि आइटम 1 में दी गई राशि आइटम 2 में दिखाए गए को छोड़कर काम की कमी के कारण फुल-टाइम काम से कम वाले सप्ताह में आय में कमी को दर्शाती है।

अपना दर्ज करें

कंपनी का नाम \_\_\_\_\_ फ़ोन नंबर \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_ शहर \_\_\_\_\_ ज़िप कोड \_\_\_\_\_

X  
नियोक्ता के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ नियोक्ता का खाता नंबर \_\_\_\_\_

कर्मचारी को जारी करने की तारीख: \_\_\_\_\_ (मम/दद/वव)

इस फॉर्म को ऊपर दिखाए गए पेरोल सप्ताह समाप्त होने की तारीख के तुरंत बाद जारी करें

**दावेदार:**

आपको इस अनुभाग को पूरा करना होगा। ये प्रश्न और आपके उत्तर इस फॉर्म के शीर्ष पर दिखाए गए पेरोल सप्ताह समाप्त होने की तारीख(तारीखों) के लिए हैं।

- क्या काम की कमी के अलावा कोई और कारण था कि आप उस सप्ताह प्रत्येक नियमित कार्यदिवस पर पूर्णकालिक काम क्यों नहीं कर सके थे? ..... ▶  हाँ  नहीं  
(1) यदि हाँ, तो कारण, दिनांक और समय बताएं जब आप काम नहीं कर सके: \_\_\_\_\_
- क्या आपने उस सप्ताह में किसी भी दिन अपने नियमित नियोक्ता के अलावा किसी के लिए काम किया था? (इसमें स्वरोजगार शामिल है।) ..... ▶  हाँ  नहीं  
(1) नियोक्ता का नाम क्या है? \_\_\_\_\_  
पता: \_\_\_\_\_  
(2) आपने उस नियोक्ता से कटौतियों से पहले कितना कमाया, चाहे आपको भुगतान किया गया था या नहीं? ..... ▶ \$ \_\_\_\_\_  
(3) काम करने की तिथियाँ \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_ तक। अब काम नहीं कर रहे का कारण: \_\_\_\_\_
- क्या आप सोशल सिक्योरिटी के अलावा पेंशन प्राप्त कर रहे हैं? ..... ▶  हाँ  नहीं  
(1) यदि हाँ, तो क्या आपके द्वारा पिछली बार रिपोर्ट किए जाने के बाद से राशि में कोई परिवर्तन हुआ है? ..... ▶  हाँ  नहीं  
(2) यदि कोई परिवर्तन हुआ है, तो नई सकल राशि दर्ज करें। ..... ▶ \$ \_\_\_\_\_  
बदलाव का कारण बताएं: \_\_\_\_\_
- क्या उस सप्ताह में आपके पते या टेलीफोन नंबर में परिवर्तन हुआ था? ..... ▶  हाँ  नहीं  
(1) यदि हाँ, तो कृपया नीचे दी गई जगह में जानकारी प्रदान करें।
- यदि आप चाहते हैं कि उस सप्ताह के लिए संघीय आयकर रोक दिया जाए, तो इस ब्लॉक को चिह्नित करें →

**दावाकर्ता प्रमाणन:** मैं इस फॉर्म के प्रश्नों को समझता/समझती हूँ। मैं जानता/जानती हूँ कि अगर मैं लाभ प्राप्त करने के लिए गलत बयान देता/दिती हूँ या तथ्यों को छिपाता/छिपाती हूँ तो कानून में दंड का प्रावधान है; मेरे उत्तर सत्य और सही हैं। मैं झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करता हूँ कि मैं एक अमेरिकी नागरिक या निवासी, या संतोषजनक आप्रवासन स्थिति में एक गैर-नागरिक हूँ और मेरे पास अमेरिकी नागरिकता और आप्रवासन सेवाओं द्वारा काम करने की अनुमति है।

X  
आपके हस्ताक्षर आवश्यक हैं \_\_\_\_\_ टेलीफोन नंबर \_\_\_\_\_

पता \_\_\_\_\_ शहर \_\_\_\_\_ ज़िप कोड \_\_\_\_\_

**ध्यान दें:** यह दावा केवल आपको जारी किए जाने के 28 दिनों के भीतर रोजगार विकास विभाग से संपर्क करके ही समय पर किया जा सकता है। **अपवाद:** यदि आप जानते हैं कि आप लगातार दो सप्ताह से अधिक समय के लिए पूरी तरह से बेरोजगार होंगे, तो तुरंत EDD से संपर्क करें।