شماره شناسایی	نام مدعی یا درخواست کننده

PR	BATCH	EXT	WBA	BALANCE	LWP	PROCESS DATE	BYE	

OFFICE USE ONLY

ADDR CHANGE?____ LATE?____

State of Washington - Employment Security Department

فرم درخواست بیمه بیکاری

لطفاً نام و شماره شناسایی خود را به حروف درشت در فوق بنویسید. بدون این اطلاعات نمی توانیم به درخواست شما رسیدگی نماییم.

اگر نام، نشانی یا شماره تلفن شما پس از آخرین تماس تان با این دفتر تغییر کرده است، موارد تصحیح شده را در مربع سمت چپ درج نمایید.

فرم تکمیل شده را به نشانی ذیل ارسال نمایید:
Spokane UI Claims Center – CCPU, P.O. Box 14857, Spokane, WA 99214-0857;
فکس رایگان: 877-280-6224، فکس محلی: 509-893-7240

مهم: اگر نام، نشانی یا شماره تلفن شما اشتباه است، لطفاً آنرا در ذیل تصحیح نمایید:

نام

آدرس

آدرس

شهر ایالت کد پستی

کد محلی شماره تلفن ( )

به تمامی سوالات ذیل پاسخ دهید	من برای مزایای بیکاری هفته ای (هفته هایی) که در نیمه شب شنبه به پایان می رسد درخواست ارسال می کنم. **این تاریخ ها عبارتند از:**	هفته دوم		هفته اول	
		بله	خیر	بله	خیر
1.	آیا هر روز برای کار کردن حاضر و در دسترس بودید؟ (اگر خیر، "A" را در ذیل تکمیل کنید)	❑	❑	❑	❑
2.	آیا مطابق با دستور العمل به صورت فعال در جستجوی کار بودید و تماس های خود را در برگه جستجوی کار ثبت کردید؟ (اگر خیر، "A" را در ذیل تکمیل کنید)	❑	❑	❑	❑
3.	آیا هر گونه پیشنهاد کاری ر رد کردید یا به مصاحبه کاری برنامه ریزی شده نرفتید؟ (اگر بله، "A" را در ذیل تکمیل کنید)	❑	❑	❑	❑
4.	آیا تقاضای دریافت مزایای جبران خسارت کارکنان یا قربانی جرم را کردید یا آنرا دریافت کردید؟	❑	❑	❑	❑
5.	آیا برای مقرری تقاضا ارسال کردید ویا در آن تغییری ایجاد شده است؟ (اگر بله، "B" را در ذیل تکمیل کنید)	❑	❑	❑	❑
6.	آیا برای روزهای تعطیل حقوق دریافت کردید؟ (اگر بله، مبلغ ناخالص را قبل از کسورات درج نمایید و"C" را در ذیل تکمیل کنید)	❑	❑ $_____	❑	❑ $_____
7.	آیا برای مرخصی حقوق دریافت کردید؟ (اگر بله، مبلغ ناخالص را قبل از کسورات درج نمایید و"D." را در ذیل تکمیل کنید).	❑	❑ $_____	❑	❑ $_____
8.	آیا در ازای اخطار یا حقوق خاتمه کار پول دریافت کردید؟ (اگر بله، مبلغ ناخالص را قبل از کسورات درج نمایید و "E"را در ذیل تکمیل کنید).	❑	❑ $_____	❑	❑ $_____
9.	آیا کار کردید (اگر بله ، "F" در ذیل تکمیل کنید.)	❑	❑	❑	❑

A اگر به سوال **1** یا **2** پاسخ **"خیر"** دادید، یا به سوال **3** پاسخ **"بله"** دادید، علت آنرا درج کنید. لطفا جزییات آنرا بنویسید (آیا بیمار بودید، در مرخصی بودید، به کار بازگشته بودید، محل کار بسیار دور بود؟) لطفاً تاریخهای دقیق را بنویسید. در مورد محل توضیح دهید (به عنوان مثال محل کار، یا محل دانشگاه)؛ شخصی که با او سروکار داشتید(نام شخصی که با شما مصاحبه کرد، نام پزشک، نام دانشگاه). اگر اطلاعات دیگری دارید که معتقدید مهم است، لطفاً آنرا توضیح دهید یا اطلاعات دیگر را ضمیمه نمایید.
توضیحات:_____

B اگر به سوال **5** پاسخ **"بله"** دادید، لطفاً اطلاعات ذیل را در خصوص مقرری خود فراهم کنید.
منبع مقرری؟_____ ؛ ❑ آیا این مقرری جدیدی است؟ **یا** ❑ تغییری در مقرری سابق ایجاد شده است؟
مبلغ ماهانه جدید یا تغییر داده شده قبل از کسورات: _____ $ ؛ تاریخ اجرای این مقرری جدید یا تغییر داده شده: _____

C اگر به سوال **6** پاسخ **"بله"** دادید، اطمینان کسب کنید که مبلغ ناخالص حقوق تعطیلات را قبل از کسورات نشان دهید. برای کدامیک از تعطیلات حقوق دریافت کردید؟
_____منبع پرداخت: _____برای چند ساعت حقوق به شما پرداخت شد؟_____

D اگر به سوال **7** پاسخ **"بله"** دادید، اطمینان کسب کنید که مبلغ ناخالص پرداخت قبل از کسورات را نشان دهید. حقوق تعطیلات برای: ❑ پرداخت ساعات کاری پیشین، یا
❑ برای چند تاریخ خاص (در اینصورت چه تاریخ و ساعاتی؟ _____) ؛ منبع پرداخت؟_____

E اگر به سوال **8** پاسخ **"بله"** دادید، اطمینان کسب کنید که مبلغ ناخالص پرداخت قبل از کسورات را نشان دهید. چه نوع پرداخت؟_____
برای چه تاریخی؟ _____ ؛ علت پرداخت؟_____ ؛ منبع پرداخت؟ _____

F اگر به سوال **9** پاسخ **"بله"** دادید، لطفاً اطلاعات مربوط به **ساعات** و **درآمد** برای هرکارفرمایی که برای او کار کردید را ارائه دهید.

1. نام کارفرما: _____ نشانی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ نوع کار: _____

ساعات کار روزانه شما

اگر پس از هفته (ها)ی درخواست یا ادعا شده از سوی شما برای کار کردن تان برنامه ریزی نشده باشد دلیل آنرا چک کنید.

1 ❑ ترک کار؛ 2 ❑ اخراج؛ ❑ 5 فقدان کار؛
9 ❑ فقدان کار، کاهش ساعات کاری؛
❑ غیره _____

هفته دوم _________								هفته اول _________									
یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	شنبه	کل ساعات	درآمد ناخالص	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	شنبه	کل ساعات	درآمد ناخالص

1. نام کارفرما: _____ نشانی: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ نوع کار: _____

ساعات کار روزانه شما

اگر پس از هفته (ها)ی درخواست یا ادعا شده از سوی شما برای کار کردن تان برنامه ریزی نشده باشد دلیل آنرا چک کنید.

1 ❑ ترک کار؛ 2 ❑ اخراج؛ ❑ 5 فقدان کار؛
9 ❑ فقدان کار، کاهش ساعات کاری؛
❑ غیره _____

هفته دوم _________								هفته اول _________									
یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	شنبه	کل ساعات	درآمد ناخالص	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	شنبه	کل ساعات	درآمد ناخالص

– لطفاً گواهی اظهارات خود را **بخوانید** و قبل از اینکه فرم درخواست خود را ارائه دهید آنرا در ذیل **امضاء** کنید –

من تایید می کنم که اطلاعات درج شده در این فرم صحیح است. من متوجه هستم که قانون مجازاتهایی برای اظهارات دروغ در ارتباط با این درخواست اعمال می کند.

_____
امضاء درخواست کننده