

ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НА ВЫПЛАТУ ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ В СВЯЗИ С БЕДСТВИЕМ (DUA)	СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ	
	№ БЕДСТВИЯ	№ недели

Полное имя заявителя (фамилия, имя, второе имя/отчество)	Номер социального обеспечения
2. Адрес (дом, улица, город, округ, штат, индекс)	Заявленная неделя
	Даты
	С (воскресенье) По (суббота)

ЗАПРОС ЗАЯВИТЕЛЯ

Вы запрашиваете пособие за «заявленную неделю» (указанную выше). Вы имеете право на получение пособия DUA, если вы лишились работы непосредственно в результате бедствия.
 Ответьте на приведенные ниже вопросы, отметив подходящие варианты и (или) предоставив дополнительную запрашиваемую информацию.
A. Почему вы не работали в течение этой недели?

Если в течение заявленной недели вы работали как самозанятое лицо, заполните разделы B и D. Если вы не работали как самозанятое лицо, переходите сразу к разделам C и D.

B. Самозанятость		Да	Нет
1. Выполняли ли вы какую-либо работу, связанную с вашей обычной самозанятостью, в течение заявленной недели? Если «Да», ответьте на следующие вопросы о вашей деятельности в течение этой недели. Даты занятости с _____ по _____ Отработанных часов _____ ВАЛОВЫЙ заработок \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Выполнялась ли эта работа в попытке ВОЗОБНОВИТЬ вашу обычную деятельность в качестве самозанятого лица?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Работа по найму		Да	Нет
Если вы не являлись самозанятым лицом, выполняли ли вы другую работу в течение заявленной недели? Если «Да», ответьте на следующие вопросы о вашей деятельности в течение этой недели. Даты занятости с _____ по _____ Отработанных часов _____ ВАЛОВЫЙ заработок \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Если вы ответили «Да» на любой из вопросов в пункте 1, заполните таблицу справа.		Да	Нет	
1. Вы обращались за получением или получаете какие-либо из перечисленных ниже выплат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
a. Компенсация за утрату заработка по болезни или инвалидности в любом объеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Страховые выплаты в связи с потерей личного дохода в любом объеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Дополнительные пособия по безработице (Supplemental Unemployment Benefit, SUB) в любом объеме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Причитались ли вам какие-либо суммы пенсионных, выходных пособий или ренты в рамках государственного или частного плана или системы (только если это предусмотрено действующим законодательством штата о пособиях по безработице)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Были ли вы способны работать и готовы к работе в течение этой недели?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Обращались ли вы к своему последнему работодателю, чтобы узнать о наличии работы на этой неделе?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Отказывались ли вы от какой-либо работы в течение заявленной недели? Если «да», кто предлагал вам работу? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Тип каждой суммы выплаты	Отчетный период	
	с	по

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДАННЫХ ЗАЯВИТЕЛЕМ

Я подтверждаю, что сведения, указанные мной в данной форме, являются верными и предоставлены мной добровольно с целью получения ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ В СВЯЗИ С БЕДСТВИЕМ. Я знаю, что на это выделяются федеральные средства и что законом предусмотрены штрафы за умышленное искажение или утаивание важных фактов с целью получения выплат, на которые я не имею права в соответствии с ЗАКОНОМ. Информация, собираемая Департаментом трудоустройства, может быть использована другими учреждениями на уровне штата и на федеральном уровне для подтверждения права на участие в других программах. В связи с этим я РАЗРЕШАЮ Департаменту трудоустройства передавать эту информацию ЛЮБОМУ ИСТОЧНИКУ для целей, разрешенных законом о Департаменте трудоустройства.

Подпись _____ Дата (месяц, день, год) _____

РЕШЕНИЕ ОРГАНОВ ШТАТА

___ Размер выплаты DUA, утвержденной на эту неделю: \$ _____ ___ Отказ в выплате или сокращение размера пособия DUA за указанную выше неделю. ___ Дата прекращения выплат пособия DUA _____	Обоснование решения:
Подпись работника органов штата	Дата утверждения (месяц, день, год)