



**أحضر الاستمارة بعد استيفائها لمكتب العمل المحلي في نيو هامشير أو أرسل الاستمارة بعد استيفائها إلى:
NHES Operations 45 SOUTH FRUIT STREET, CONCORD NH 03301-4857**

تحقق مما إذا كان هذا عنوانًا بريديًا جديدًا

--	--	--	--

--	--	--	--

رقم
الضمان
الاجتماعي

الرقم البريدي

الولاية

الاسم

العنوان

المدينة

لأسبوع التقويمى المنتهى يوم السبت:

____ / ____ / ____

1. قدم عدد الساعات المخصصة لإنشاء شركتك، أو الذهاب لحصص التعلم، أو التدريب من أجل شركتك و/ أو العمل في شركتك:

التدريب	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
جهود إضافية							

2. إذا لم تكن شاركت في جميع الأنشطة التدريبية المقررة و/أو لم تركز جهودًا بدوام كامل من أجل تأسيس شركتك، فاذكر السبب:

--

3. يرجى تقديم إجمالي الدخل الكلي لشركتك هذا الأسبوع: \$ _____

4. يُرجى ذكر المبلغ الذي خصصته لنفسك كدخل شخصي هذا الأسبوع: \$ _____

5. هل لديك موظف (موظفون) غيرك؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الموظفين لديك؟

وإذا كانت الإجابة نعم، فاذكر المبلغ الإجمالي الذي دفعته لهؤلاء الموظفين هذا الأسبوع: \$ _____

(حدد خيارًا واحدًا)
لا نعم

6. هل قدمت مطالبة تعويض العمال بسبب إصابة عمل وقعت خلال الأسبوع موضوع المطالبة؟

7. هل قدمت طلبًا للحصول على مزايا الضمان الاجتماعي خلال الأسبوع موضوع المطالبة؟ (يتضمن ذلك معاش الضمان الاجتماعي ومزايا الضمان الاجتماعي المخصصة للإعاقة)

8. هل عملت لأي ساعات خلال هذا الأسبوع لحساب صاحب عمل غير عملك الحر؟

9. هل استلمت أو ستستلم أجر الإجازة للإجازة التي مرت في الأسبوع موضوع المطالبة؟

10. هل استلمت أي أموال لم يبلغ عنها سابقًا لهذه الإدارة بخلاف أجر ساعات العمل الفعلية في الأسبوع موضوع المطالبة؟

شهادة: أعي وأدرك أن إجاباتي على الأسئلة السابقة قد تؤثر على حقوقي في الحصول على مدفوعات المزايا والمستحقات. أقر وأشهد بأن هذه البيانات حقيقية وصحيحة. وأقر وأشهد بأنني لا أطلب أو أتلقى مزايا ومستحقات من أي برنامج آخر للبطالة عن الأسبوع المذكور أعلاه. وأقر وأشهد بأنني لم أقدم من قبل أي معلومات كاذبة ومزيفة أو أنني لم أتمكن من الإفصاح عن المعلومات حول التاريخ الوظيفي، أو الوضع الوظيفي، أو الدخل المكتسب، أو الإتاحة للعمل، أو غير ذلك من المسائل الأخرى المتعلقة بأهليتي للحصول على المزايا والمستحقات. أعي وأدرك أن القانون ينص على عقوبات على تقديم بيانات كاذبة مزيفة.

رقم الهاتف

التاريخ

توقيع صاحب المطالبة*

*لا يمكن معالجة المطالبة الخاصة بك بدون توقيعك. أرسل الاستمارة بالبريد بعد استيفائها على العنوان المذكور أعلاه.