

نموذج، هذه الصفحة كمرجع فقط.



التاريخ
اسم المدعي/ الموظف
رقم الضمان الاجتماعي XXX-XX-
مكتب EDD الميداني

طلب معلومات حول تعويض المدفوعات بأثر رجعي

اسم وعنوان رب العمل أو المدعي:

لقد تم إبلاغنا أن المدعي المذكور أعلاه قد يحصل على تعويض مدفوعات بأثر رجعي. تعتبر المدفوعات بأثر رجعي أجورا لأغراض التأمين الخاص بالبطالة وتخصص للفترة التي يتم منحها تعويضا عنها. إذا تم دفع مخصصات التأمين الخاص بالبطالة (UI) عن هذه الفترة، يجب تحديد مدفوعات زائدة.

إذا كانت اتفاقية منح تعويض المدفوعات بأثر رجعي تنص على أن رب العمل سيقبل من مكافأة هذا التعويض بمقدار مخصصات التأمين الخاص بالبطالة المدفوعة عن تلك الفترة، فإن القسم رقم 1382 من قانون التأمين الخاص بالبطالة يطالب رب العمل بسداد المخصصات إلى إدارة التنمية الوظيفية (EDD). يمكن الحصول على معلومات بشأن مبلغ مخصصات التأمين الخاص بالبطالة المدفوعة خلال الفترة التي يغطيها تعويض المدفوعات بأثر رجعي من اختصاصي المدفوعات الزائدة في مكتب EDD الموضح أعلاه.

يتحمل المدعي/ الموظف مسؤولية سداد مخصصات التأمين الخاص بالبطالة المتأثرة إذا لم يتم احتجاز مبلغ المخصصات من التعويض.

يرجى تقديم المعلومات التالية إلى مكتب EDD الموضح أعلاه، لتمكين إدارة EDD من تحديد مبلغ مخصصات التأمين الخاص بالبطالة المدفوعة بشكل زائد، والطرف المسؤول عن السداد.

كان التعويض من أجل (حدد واحدة):	<input type="checkbox"/> كامل المدفوعات بأثر رجعي	<input type="checkbox"/> نسوية
معدل المدفوعات بالساعة	عدد ساعات العمل في الأسبوع	
\$		
المبلغ الإجمالي لتعويض المدفوعات بأثر رجعي	الفترة المغطاة بالتعويض	
\$	-	
المبلغ المحتجز بسبب استلام مخصصات UI	تاريخ إصدار المدفوعات بأثر رجعي	
\$		

المدعي: سيتم إرسال إخطار بالمدفوعات الزائدة إليك بالبريد يوضح ما إذا كنت مسؤولا عن سداد المدفوعات الزائدة أم لا.

رب العمل: إذا قمت بتخفيض تعويض المدفوعات بأثر رجعي بمقدار مخصصات التأمين الخاص بالبطالة المستلمة، يرجى إرسال الدفعة بالبريد إلى العنوان التالي:

Employment Development Department
Document Management Section, MIC 96
P.O. Box 826880
Sacramento, CA 94280-0001

أدرج اسم المدعي/الموظف ورقم الضمان الاجتماعي الخاص به، ورقم حساب الاحتياطي الخاص بك، وقم بالتنويه إلى أن الدفعة تتعلق بتعويض المدفوعات بأثر رجعي.

ممثّل EDD