

Claimant Information

Change Claim Change Cla

Name: [Redacted]
Effective Date: 6/13/2021

Claimant ID: [Redacted]
Benefit Year End: 6/11/2022

Claim ID: 2021-01
Claim Status: Ineligible

Claimant Inbox

Select the Search button to display your Action items. To narrow your search, select from the search criteria below and select the Search button.

Subject: All Action Needed: All

Issue Date: From: (mm/dd/yyyy) To: (mm/dd/yyyy)

Search Reset

Inbox

- The initial results below are items that require your attention and that you may need to take action on for your claim
- Select the Document ID to see detailed information about your document

Document ID	Name	Issue Date	Action
[Redacted]	NonMonDetermination	6/30/2021	Review
[Redacted]	NOTICE OF IDENTITY ISSUE FOR ID ME	6/14/2021	Review

Claimant Information
Change Claim - Change Claimant - Leave Claimant
 Name: [REDACTED] Claimant ID: [REDACTED] Claim ID: 2021-01
 Effective Date: 6/13/2021 Benefit Year End: 6/13/2022 Claim Status: Incomplete COMB:

Issue Information
 Issue Identification Number: [REDACTED] Program Type: Regular UI
 Issue Status: Mailed Issue Level: Adjudication
 Type: Identity Verification Employer: [REDACTED]
 Sub-Type: Identity verification Adjuster: [REDACTED]

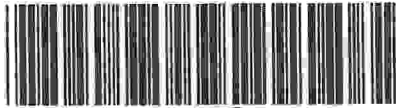
Issue Fact Finding Summary

Filter: Notes
 Date Range: From: [REDACTED] (mm/dd/yyyy) to: [REDACTED] (mm/dd/yyyy)

View	Item	Brief Description	Date Entered
<input checked="" type="radio"/>	CP12544333	ID Me notice (Document Id: [REDACTED]) sent to claimant.	6/13/2021
<input checked="" type="radio"/>	CP12544333	Identity Verification Code:5 : Identity Discrepancy Code:CC :Surname or given name doesn't match Numident	6/13/2021
<input checked="" type="radio"/>	CP12544333	Issue created on 6/13/2021 by [REDACTED]	6/13/2021



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
EXECUTIVE OFFICE OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT
DEPARTMENT OF UNEMPLOYMENT ASSISTANCE



CLAIMANT ID: [REDACTED]

CLAIM ID: 202101
June 30, 2021

Issue Identification Number [REDACTED]

Notice of Disqualification

Reasoning and Findings

You have failed without good cause to present proper identification, and therefore do not meet the filing and registration requirements.

Applicable Section of Law

Massachusetts General Law Chapter 151A, §25(a)

Effect of this Determination

You are not entitled to receive benefits beginning 6/13/2021 and for an indefinite period of time thereafter until you meet the filing and registration requirements.

Log in to your account at www.mass.gov/dua to check the status of the other issue(s).

If you have any questions about this notice, you may contact the Department of Unemployment Assistance. Have your Issue/Multi-Claimant identification number available when you call.

How to Request a Hearing on this Determination

This determination will become final unless:

- 1.) You request a hearing within ten calendar days after the date of mailing, or
- 2.) You request a hearing within eleven to thirty calendar days after the date of mailing and it is established that such delay was for good cause. In limited circumstances, you may request a hearing after thirty calendar days.

If you did not receive the determination in your primary language, the determination will become final unless:

- 1.) You request a hearing within 60 calendar days after the date of mailing, or
- 2.) You request a hearing after 60 days and the reason for the delay is because you did not receive the determination in your primary language.

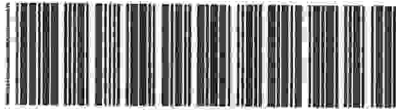
You may file a request for a hearing by mail using a signed letter, completing the Request for Hearing information provided with this document, or by logging in to your online account. You may also request a hearing in person at any office of this Agency. The hearing will be conducted in accordance with the Standard Rules of Practice and Procedure, 801 CMR 1.02 and 1.03 (Informal/Fair Hearing Rules).

If you request a hearing on this determination, you must continue to complete your weekly benefit claims certification in order to protect your rights to benefits.

Although such representation is not required, any party may be represented at the hearing by counsel or agent. If you desire counsel and are unable to engage one in private practice, you may meet the criteria for obtaining assistance from the local Legal Assistance Services, Legal Aid Society or Bar Association. Fees payable by a claimant to his/her counsel or agent for representation at a hearing are subject to approval by the Director.



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
 EXECUTIVE OFFICE OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT
 DEPARTMENT OF UNEMPLOYMENT ASSISTANCE



Hearings Department
 Greater Boston Regional Hearings
 Office
 19 Staniford Street
 Boston, MA 02114

CLAIMANT ID: [REDACTED]

CLAIM ID: 202101
 July 01, 2021

Appeal Request Information
 (signature is required)

IMPORTANT: This notice contains information about your rights or obligations, and should be translated immediately.

You may file a request for a hearing by mail using a signed letter, completing the Request for Hearing information provided with this document, or by logging in to your online account at www.mass.gov/dua.



Home:



Mobile: [REDACTED]

Other:

Claimant ID #: [REDACTED]

International:

Issue ID #: [REDACTED]

Email Address: [REDACTED]

Reason for Appeal:

Please describe the reason for this appeal (Optional):

Hearing Details:

*Will you need an interpreter? Yes No

If you need an interpreter, enter the language needed: _____

I confirm that the information above is correct.

Date:

Signature:

The enclosed notice contains important information about why you are disqualified from receiving unemployment insurance benefits and how to appeal. You should have it translated immediately. If you need help translating it or have questions, please call the Multilingual Services Unit. If you want to appeal, you must request a hearing. The filing deadline is 10 calendar days after the notice's mailing; 30 calendar days with good cause for the delay; or, in some cases, 60 calendar days if you did not receive the determination in your chosen language. To protect your rights, you also must continue to claim benefits each week that you are unemployed.

El documento adjunto contiene información importante sobre la razón por la cual usted está descalificado/a para recibir los beneficios del Seguro de Desempleo y sobre cómo apelar. Hágalo traducir inmediatamente. Si necesita asistencia con la traducción o tiene preguntas, por favor llame a la línea gratuita al 1-888-822-3422 y seleccione **1 para español**. La Oficina de Servicios Multilingües está abierta de lunes a viernes, de 8:30 A.M. hasta 12:00 P.M. y de 1:00 P.M. a 4:00 P.M. Si desea apelar, tiene que solicitar una audiencia. La fecha límite para presentar una apelación es de 10 días calendarios a partir de la fecha de envío del documento; 30 días calendarios con justa causa por la demora; o, en algunos casos, 60 días calendarios si no recibió la determinación en su idioma seleccionado. Para proteger sus derechos, también tiene que continuar a solicitar los beneficios por cada semana que esté desempleado/a.

A notificação em anexo contém informações importantes sobre o porquê de você ter sido desqualificado para o recebimento do benefício de seguro desemprego e de como apelar. Você deverá tê-la imediatamente traduzida. Se você precisar de ajuda com a tradução ou tiver alguma dúvida, por favor ligue para o Serviço de Ligação Gratuita através do número 1-888-822-3422 e selecione **6 para Português**. A Unidade de Serviços Multilinguísticos funciona de Segunda a Sexta-Feira de 8:30 da manhã às 12:00 da tarde e das 13:00 às 16:00 da tarde. Se você quiser apelar da decisão, você deverá solicitar uma audiência. A data-limite é de 10 dias seguidos após a data de envio da notificação; 30 dias seguidos com uma justificativa pelo atraso; ou, em alguns casos, 60 dias seguidos caso você não tenha recebido a determinação no idioma de sua escolha. Para proteger seus direitos, você também deve continuar a solicitar os benefícios a cada semana que você esteja desempregado.

隨附的通告包含重要的信息关于你为什么被取消领取失业保险金资格和如何提出上诉。你应该马上把它翻译。如果您需要帮助翻译它或有疑问，请拨打免费电话 1-888-822-3422，并选择 **[3 给粤语]**。多语种服务单位的营业时间为周一至周五上午 8:30 至中午 12:00 和下午 1:00 至 4:00。如果你要上诉，你必须要求听证。申请截止日期为 10 个日历天收到邮件通知后；30 个日历天具有合理延迟原因，或者，在某些情况下，60 个日历天如果你没有收到您所选择语言的判定。为了保护您的权利，你是失业者也必须继续每星期要求失业救济金。

隨附的通告包含重要的信息关于你为什么被取消领取失业保险金资格和如何提出上诉。你应该马上把它翻译。如果您需要帮助翻译它或有疑问，请拨打免费电话 1-888-822-3422，并选择 **[4 给普通话]**。多语种服务单位的营业时间为周一至周五上午 8:30 至中午 12:00 和下午 1:00 至 4:00。如果你要上诉，你必须要求听证。申请截止日期为 10 个日历天收到邮件通知后；30 个日历天具有合理延迟原因，或者，在某些情况下，60 个日历天如果你没有收到您所选择语言的判定。为了保护您的权利，你是失业者也必须继续每星期要求失业救济金。

Avi ki enkli an gen enfòmasyon enpòtan regadan poukisa ou pa kalifye anko pou resevwa benefis asirans chomaj ou an epi kijan pou fè apèl. Fòk ou fè tradwi l touswit. Si ou bezwen èd pou fè tradwi l oubyen gen okenn kesyon, tanpri rele nimewo Telefòn Gratis lan nan 1-888-822-3422 epi chwazi opsyon **2 pou Kreyòl Ayisyen**. Depatman Sèvis Miltilang lan [Multilingual Services Unit] louvri Lendi a Vandredi de 8:30 a.m. a 12:00 midi epi de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Si ou vle fè yon apèl, fòk ou mande pou yon chita tande. Delè pou anrejistre yon apèl se 10 jou kalandrye apre yo poste avi a; 30 jou kalandriye pou yon rezon valab pou delè a; oubyen, nan kèk ka, 60 jou kalandriye si ou p at resevwa desizyon an nan lang matènel ou. Pou pwoteje dwa w, fòk ou kontinye reklame benefis ou chak semèn ke ou p ap travay.

Thông báo kèm theo chứa các thông tin quan trọng về lý do bạn bị loại khỏi nhận trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp và làm thế nào để kháng cáo. Bạn nên phiên dịch nó ngay lập tức. Nếu bạn cần giúp đỡ dịch nó hoặc có thắc mắc, xin vui lòng gọi điện thoại miễn phí số 1-888-822-3422 và chọn **[5 cho Việt ngữ]**. Đơn vị dịch vụ đa ngôn ngữ được mở cửa Thứ Hai - Thứ Sáu 8:30 giờ sáng - 12:00 trưa và 1:00 giờ chiều - 04:00 giờ chiều. Nếu bạn muốn kháng cáo, bạn phải yêu cầu một buổi điều trần. Hạn chót nộp hồ sơ là 10 ngày kể từ ngày gửi thư của thông báo này, 30 ngày với lý do tốt cho sự chậm trễ, hoặc, trong một số trường hợp, 60 ngày nếu bạn không nhận được việc xác định trong ngôn ngữ mà bạn lựa chọn. Để bảo vệ quyền lợi của bạn, bạn cũng phải tiếp tục đòi quyền lợi mỗi tuần mà bạn đang thất nghiệp.

Прилагаемое уведомление содержит информацию о том, по каким причинам вам может быть отказано в получении пособия по безработице, и как это решение можно обжаловать. Вам сразу необходимо сделать его перевод. Если вам необходима помощь в переводе, или если у вас возникли вопросы – звоните по номеру бесплатной линии 1-888-822-3422 и выберите **7 для русского языка**. Отдел многоязычных услуг открыт с понедельника по пятницу с 08:30 до 12:00 и с 13:00 до 16:00. Если вы хотите обжаловать решение, то вам необходимо обратиться с просьбой о назначении слушания дела. Срок подачи заявления на обжалование – 10 календарных дней после отправки уведомления по почте; 30 календарных дней при наличии уважительной причины для задержки; или, в некоторых случаях, 60 календарных дней, если вы не получили определение на выбранном вами языке. Для защиты своих прав вы также должны продолжать требовать выплаты пособия за каждую неделю, пока вы остаётесь без работы.

L'avvertenza allegata contiene informazioni importanti sui motivi per cui avete perso il diritto a ricevere il sussidio di disoccupazione e sulla presentazione del ricorso. Vi preghiamo di farla tradurre immediatamente. Se avete bisogno di aiuto per la traduzione o in caso di dubbi, chiamate il numero gratuito 1-888-822-3422 e selezionate 8 per l'italiano. L'Unità di Servizi Multilingue è aperta dal Lunedì al Venerdì dalle 8:30 alle 12:00 e dalle 13:00 alle 16:00. Se intendete presentare ricorso, dovete chiedere un'udienza entro 10 giorni calendariali dall'invio della notifica, 30 giorni calendariali in caso di ritardo per una giusta causa o, in certi casi, 60 giorni calendariali in caso di mancata ricezione della delibera nella lingua prescelta. Inoltre, per proteggere i vostri diritti, dovete continuare a richiedere il sussidio per ogni settimana di disoccupazione.

សេចក្តីជូនដំណឹងដាក់បញ្ចូលមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីមូលហេតុ ដែលលោកអ្នកពុំមានសិទ្ធិទទួលបានប្រយោជន៍ការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារ និងអំពីរបៀបផ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។ លោក អ្នកត្រូវតែបកវាយជាភាសាបារាំង ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយនូវការបកប្រែ ឬមានសំណួរសូមទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទមិនអស់លុយលេខ 1-888-822-3422 ហើយជ្រើសយកលេខ 9 រួចហើយរង់ចាំ 5 វិនាទីហើយចុចលេខ 1 សំរាប់ភាសាខ្មែរ ។ ក្រសួងសេវាពុលភាសាសម្រាប់ធ្វើការពិថ្ងៃ ចន្ទ-សុក្រ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹករហូតដល់ 12:00 ថ្ងៃក្រុង និង ម៉ោង 1:00 ថ្ងៃរសៀលដល់ម៉ោង 4:00 ល្ងាច ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ផ្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ ។ កំណត់ថ្ងៃចុងក្រោយដាក់ពាក្យសុំ គឺជា 10 ថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីបានទទួលលិខិតជូនដំណឹង; 30 ថ្ងៃប្រតិទិនជាមួយនឹងបញ្ចេញលុយ សម្រាប់ការពន្យារពេល ឬនៅក្នុងករណីខ្លះ; 60 ថ្ងៃប្រតិទិនប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលការ សម្រេចនៅក្នុងភាសាជម្រើសរបស់លោកអ្នកទេនោះ ។ ដើម្បីការពារសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកត្រូវតែបន្តសុំទាមទារប្រយោជន៍រៀងរាល់សប្តាហ៍ថា លោកអ្នកគ្មានការងារ ។

ແຈ້ງການທີ່ຕິດຄັດໃນຊ່ອງປະກອບມີຂໍ້ມູນສໍາຄັນກ່ຽວກັບວ່າຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈື່ ຫຼື ກັດສິດຈາກການໄດ້ຮັບເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອ ປະກັນການຫວ່າງງານ ແລະ ວິທີອຸທອນ. ທ່ານຄວນໃຫ້ແປແຈ້ງການນີ້ ໃນທັນທີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍ ເຫຼືອ ໃນການ ແປມັນ ຫຼື ມີຄຳ ຖາມ. ກະລຸນາ ໂທຫາເບີໂທຟຣີ 1-888-822-3422 ແລະ ເລືອກ 9 ຈາກນັ້ນ ລໍຖ້າ 5 ວິນາທີ ແລ້ວກົດ 2 ສໍາລັບພາສາ ລາວ. ໜ່ວຍບໍລິການພາສາເປີດບໍລິການຈົນຫວ່າງວັນສຸກແຕ່ເວລາ 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 12:00 ໂມງ ທ່ຽງ ແລະ 1:00 ໂມງ ແດງ ຫາ 4:00 ໂມງແດງ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອຸທອນ. ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ ສວນ. ກໍານົດເວລາ ສໍາລັບການຍື່ ຫານ ອຸທອນແມ່ນ 10 ວັນຕາມເວລາປະຕິທິນ ພ້ອມຈາກການສົ່ ງແຈ້ງການນີ້ທາງ ໄປສະນີ; 30 ວັນຕາມເວລາ ປະຕິທິນສໍາລັບກໍາລະນີມີ ເຫດຜົນທີ່ດີສໍາລັບການຊັກຊ້າ; ຫຼື ໃນບາງກໍລະນີ. 60 ວັນຕາມເວລາ ປະຕິທິນ ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການ ຕັດສິນຫໍານົດໃນພາສາທີ່ ທ່ານເລືອກ ເພື່ ສື່ກັບອັງສິດຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງສື່ ເຕັ້ ຂໍ ເອົາ ເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອ ໃນແຕ່ລະອາທິດທີ່ທ່ານ ຫວ່າງງານ.

동봉된 고지서에는 귀하가 실업 보험 급여를 받을 자격이 안 되는 이유와 이의제기를 하는 방법에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이것이 즉시 번역되도록 하셔야 합니다. 번역하는 데 도움이 필요하거나 질문사항이 있으시면, 수신자부담 전화번호인 1-888-822-3422 번으로 전화하셔서 9 번을 선택한 다음 5 초간 기다리고 나서 3 을 누르시면 한국어가 나옵니다. 다국어 서비스 부문 (Multilingual Services Unit) 은 월요일-금요일 오전 8:30 부터 오후 12:00 까지 그리고 오후 1:00 부터 오후 4:00 까지 전화를 받습니다. 이의제기를 하고자 하시면, 청문회를 요청하셔야 합니다. 제기 마감시한은 고지서 우송 후 달력상 10 일이며; 정당한 사유가 있으면 달력상 30 일 후로 연장되거나; 어떤 경우, 귀하가 선택한 언어로 결정사항을 받지 못하셨다면 마감시한이 달력상 60 일 후로 연장됩니다. 귀하의 권리를 보호하기 위해, 실직 상태에 있는 각 주의 급여를 계속해서 청구하셔야만 합니다.

L'avis ci-joint comporte d'importantes informations sur les raisons pour lesquelles vous avez été exclu du bénéfice des prestations d'assurance chômage et sur les moyens de faire appel. Vous devriez faire immédiatement traduire cet avis. Si vous avez besoin d'assistance pour la traduction ou si vous avez des questions, veuillez appeler le numéro gratuit 1-888-822-3422 et choisir 9, attendre 5 secondes puis appuyez sur 4 pour le français. L'unité de service multilingue est disponible du lundi au vendredi de 8h30 à midi et de 13h00 à 16h00. Si vous souhaitez faire appel, vous devez demander une audience. La date limite pour faire appel est fixée à 10 jours civils à compter de l'envoi de l'avis, 30 jours civils avec motif valable du retard ou, dans certains cas, 60 jours civils si vous n'avez pas reçu la décision dans la langue de votre choix. Afin de protéger vos droits, vous devez aussi continuer de demander vos prestations chaque semaine pendant laquelle vous êtes sans emploi.

يحتوي الإشعار المرفق على معلومات هامة عن سبب عدم تأهلك لتلقي منافع تأمين البطالة وكيفية استئناف هذا القرار. يتعين عليك القيام بترجمته على الفور. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ترجمته، أو إذا كانت لديك أسئلة، نرجو منك الاتصال برقم الهاتف المجاني 1-888-822-3422، واختار 9 ثم انتظر 5 ثوان واضغط على 5 للغة العربية. إن وحدة الخدمات متعددة اللغات مفتوحة من الإثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحاً إلى 12:00 ظهراً، ومن 1:00 ظهراً إلى 4:00 مساءً. إذا رغبت في الاستئناف، يجب عليك طلب جلسة استماع. آخر موعد للتقديم هو 10 أيام تقويمية من تاريخ إرسال الإشعار بالبريد؛ أو 30 يوماً تقويمياً مع تقديم أسباب مقنعة للتأخير؛ أو، في بعض الحالات، 60 يوماً تقويمياً إذا لم تتسلم القرار بلغتك المختارة. لحماية حقوقك، يتعين عليك أيضاً مواصلة طلب منافعك عن كل أسبوع تكون فيه عاطلاً عن العمل.



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
EXECUTIVE OFFICE OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT
DEPARTMENT OF UNEMPLOYMENT ASSISTANCE



CLAIMANT ID: [REDACTED]

CLAIM ID: 202101
July 01, 2021

Issue Identification Number [REDACTED]

Notice of Disqualification

Reasoning and Findings

You have failed without good cause to present proper identification, and therefore do not meet the filing and registration requirements.

Applicable Section of Law

Massachusetts General Law Chapter 151A, §25(a)

Effect of this Determination

You are not entitled to receive benefits beginning 6/13/2021 and for an indefinite period of time thereafter until you meet the filing and registration requirements.

Log in to your account at www.mass.gov/dua to check the status of the other issue(s).

If you have any questions about this notice, you may contact the Department of Unemployment Assistance. Have your Issue/Multi-Claimant identification number available when you call.

How to Request a Hearing on this Determination

This determination will become final unless:

- 1.) You request a hearing within ten calendar days after the date of mailing, or
- 2.) You request a hearing within eleven to thirty calendar days after the date of mailing and it is established that such delay was for good cause. In limited circumstances, you may request a hearing after thirty calendar days.

If you did not receive the determination in your primary language, the determination will become final unless:

- 1.) You request a hearing within 60 calendar days after the date of mailing, or
- 2.) You request a hearing after 60 days and the reason for the delay is because you did not receive the determination in your primary language.

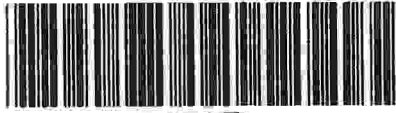
You may file a request for a hearing by mail using a signed letter, completing the Request for Hearing information provided with this document, or by logging in to your online account. You may also request a hearing in person at any office of this Agency. The hearing will be conducted in accordance with the Standard Rules of Practice and Procedure, 801 CMR 1.02 and 1.03 (Informal/Fair Hearing Rules).

If you request a hearing on this determination, you must continue to complete your weekly benefit claims certification in order to protect your rights to benefits.

Although such representation is not required, any party may be represented at the hearing by counsel or agent. If you desire counsel and are unable to engage one in private practice, you may meet the criteria for obtaining assistance from the local Legal Assistance Services, Legal Aid Society or Bar Association. Fees payable by a claimant to his/her counsel or agent for representation at a hearing are subject to approval by the Director.



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
EXECUTIVE OFFICE OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT
DEPARTMENT OF UNEMPLOYMENT ASSISTANCE



[Redacted]

Hearings Department
Greater Boston Regional Hearings
Office
19 Staniford Street
Boston, MA 02114

CLAIMANT ID: [Redacted]

CLAIM ID: 202101
June 30, 2021

Appeal Request Information
(signature is required)

IMPORTANT: This notice contains information about your rights or obligations, and should be translated immediately.

You may file a request for a hearing by mail using a signed letter, completing the Request for Hearing information provided with this document, or by logging in to your online account at www.mass.gov/dua.

[Redacted]

Home:

[Redacted]

Mobile: [Redacted]

Claimant ID #: [Redacted]

Other:

Issue ID #: [Redacted]

International:

Email Address: [Redacted]

Reason for Appeal:

Please describe the reason for this appeal (Optional):

Hearing Details:

*Will you need an interpreter? Yes No

If you need an interpreter, enter the language needed: _____

I confirm that the information above is correct.

Date:

Signature:

The enclosed notice contains important information about why you are disqualified from receiving unemployment insurance benefits and how to appeal. You should have it translated immediately. If you need help translating it or have questions, please call the Multilingual Services Unit. If you want to appeal, you must request a hearing. The filing deadline is 10 calendar days after the notice's mailing; 30 calendar days with good cause for the delay; or, in some cases, 60 calendar days if you did not receive the determination in your chosen language. To protect your rights, you also must continue to claim benefits each week that you are unemployed.

El documento adjunto contiene información importante sobre la razón por la cual usted está descalificado/a para recibir los beneficios del Seguro de Desempleo y sobre cómo apelar. Hágalo traducir inmediatamente. Si necesita asistencia con la traducción o tiene preguntas, por favor llame a la línea gratuita al 1-888-822-3422 y seleccione **1 para español**. La Oficina de Servicios Multilingües está abierta de lunes a viernes, de 8:30 A.M. hasta 12:00 P.M. y de 1:00 P.M. a 4:00 P.M. Si desea apelar, tiene que solicitar una audiencia. La fecha límite para presentar una apelación es de 10 días calendarios a partir de la fecha de envío del documento; 30 días calendarios con justa causa por la demora; o, en algunos casos, 60 días calendarios si no recibió la determinación en su idioma seleccionado. Para proteger sus derechos, también tiene que continuar a solicitar los beneficios por cada semana que esté desempleado/a.

A notificação em anexo contém informações importantes sobre o porquê de você ter sido desqualificado para o recebimento do benefício de seguro desemprego e de como apelar. Você deverá tê-la imediatamente traduzida. Se você precisar de ajuda com a tradução ou tiver alguma dúvida, por favor ligue para o Serviço de Ligação Gratuita através do número 1-888-822-3422 e seleccione **6 para Português**. A Unidade de Serviços Multilinguísticos funciona de Segunda a Sexta-Feira de 8:30 da manhã às 12:00 da tarde e das 13:00 às 16:00 da tarde. Se você quiser apelar da decisão, você deverá solicitar uma audiência. A data-limite é de 10 dias seguidos após a data de envio da notificação; 30 dias seguidos com uma justificativa pelo atraso; ou, em alguns casos, 60 dias seguidos caso você não tenha recebido a determinação no idioma de sua escolha. Para proteger seus direitos, você também deve continuar a solicitar os benefícios a cada semana que você esteja desempregado.

随附的通告包含重要的信息关于你为什么被取消领取失业保险金资格和如何提出上诉。你应该马上把它翻译。如果您需要帮助翻译它或有疑问，请拨打免费电话 1-888-822-3422，并选择 **[3 给粤语]**。多语种服务单位的营业时间为周一至周五上午 8:30 至中午 12:00 和下午 1:00 至 4:00。如果你要上诉，你必须要求听证。申请截止日期为 10 个日历天收到邮件通知后；30 个日历天具有合理延迟原因，或者，在某些情况下，60 个日历天如果你没有收到您所选择语言的判定。为了保护您的权利，您是失业者也必须继续每星期要求失业救济金。

随附的通告包含重要的信息关于你为什么被取消领取失业保险金资格和如何提出上诉。你应该马上把它翻译。如果您需要帮助翻译它或有疑问，请拨打免费电话 1-888-822-3422，并选择 **[4 给普通话]**。多语种服务单位的营业时间为周一至周五上午 8:30 至中午 12:00 和下午 1:00 至 4:00。如果你要上诉，你必须要求听证。申请截止日期为 10 个日历天收到邮件通知后；30 个日历天具有合理延迟原因，或者，在某些情况下，60 个日历天如果你没有收到您所选择语言的判定。为了保护您的权利，您是失业者也必须继续每星期要求失业救济金。

Avi ki enkli an gen enfòmasyon enpòtan regadan poukisa ou pa kalifye anko pou resevwa benefis asirans chomaj ou an epi kijan pou fè apèl. Fòk ou fè tradwi l touswit. Si ou bezwen èd pou fè tradwi l oubyen gen okenn kesyon, tanpri rele nimewo Telefòn Gratis lan nan 1-888-822-3422 epi chwazi opsyon **2 pou Kreyòl Ayisyen**. Depatman Sèvis Miltilang lan [Multilingual Services Unit] louvri Lendi a Vandredi de 8:30 a.m. a 12:00 midi epi de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. Si ou vle fè yon apèl, fòk ou mande pou yon chita tande. Delè pou anrejistre yon apèl se 10 jou kalandrye apre yo poste avi a; 30 jou kalandriye pou yon rezon valab pou delè a; oubyen, nan kèk ka, 60 jou kalandriye si ou p at resevwa desizyon an nan lang matènel ou. Pou pwoteje dwa w, fòk ou kontinye reklame benefis ou chak semèn ke ou p ap travay.

Thông báo kèm theo chứa các thông tin quan trọng về lý do bạn bị loại khỏi nhận trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp và làm thế nào để kháng cáo. Bạn nên phiên dịch nó ngay lập tức. Nếu bạn cần giúp đỡ dịch nó hoặc có thắc mắc, xin vui lòng gọi điện thoại miễn phí số 1-888-822-3422 và chọn **[5 cho Việt ngữ]**. Đơn vị dịch vụ đa ngôn ngữ được mở cửa Thứ Hai - Thứ Sáu 8:30 giờ sáng - 12:00 trưa và 1:00 giờ chiều - 04:00 giờ chiều. Nếu bạn muốn kháng cáo, bạn phải yêu cầu một buổi điều trần. Hạn chót nộp hồ sơ là 10 ngày kể từ ngày gửi thư của thông báo này, 30 ngày với lý do tốt cho sự chậm trễ, hoặc, trong một số trường hợp, 60 ngày nếu bạn không nhận được việc xác định trong ngôn ngữ mà bạn lựa chọn. Để bảo vệ quyền lợi của bạn, bạn cũng phải tiếp tục đòi quyền lợi mỗi tuần mà bạn đang thất nghiệp.

Прилагаемое уведомление содержит информацию о том, по каким причинам вам может быть отказано в получении пособия по безработице, и как это решение можно обжаловать. Вам сразу необходимо сделать его перевод. Если вам необходима помощь в переводе, или если у вас возникли вопросы – звоните по номеру бесплатной линии 1-888-822-3422 и выберите **7 для русского языка**. Отдел многоязычных услуг открыт с понедельника по пятницу с 08:30 до 12:00 и с 13:00 до 16:00. Если вы хотите обжаловать решение, то вам необходимо обратиться с просьбой о назначении слушания дела. Срок подачи заявления на обжалование – 10 календарных дней после отправки уведомления по почте; 30 календарных дней при наличии уважительной причины для задержки; или, в некоторых случаях, 60 календарных дней, если вы не получили определение на выбранном вами языке. Для защиты своих прав вы также должны продолжать требовать выплаты пособия за каждую неделю, пока вы остаётесь без работы.

L'avvertenza allegata contiene informazioni importanti sui motivi per cui avete perso il diritto a ricevere il sussidio di disoccupazione e sulla presentazione del ricorso. Vi preghiamo di farla tradurre immediatamente. Se avete bisogno di aiuto per la traduzione o in caso di dubbi, chiamate il numero gratuito 1-888-822-3422 e selezionate **8 per l'Italiano**. L'Unità di Servizi Multilingue è aperta dal Lunedì al Venerdì dalle 8:30 alle 12:00 e dalle 13:00 alle 16:00. Se intendete presentare ricorso, dovete chiedere un'udienza entro 10 giorni calendariali dall'invio della notifica, 30 giorni calendariali in caso di ritardo per una giusta causa o, in certi casi, 60 giorni calendariali in caso di mancata ricezione della delibera nella lingua prescelta. Inoltre, per proteggere i vostri diritti, dovete continuare a richiedere il sussidio per ogni settimana di disoccupazione.

សេចក្តីជូនដំណឹងដាក់បញ្ជូលមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីមូលហេតុ ដែលលោកអ្នកពុំមានសិទ្ធិទទួលបានប្រយោជន៍ការធានារ៉ាប់រងគ្មានការងារ និងអំពីរបៀបផ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។ លោក អ្នកត្រូវតែបកវាយដាច់ខាតជាភាសាខ្មែរ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយនូវការបកប្រែ

ឬមានសំណួរសូមទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទមិនអស់លុយលេខ 1-888-822-3422 ហើយជ្រើសយកលេខ **9 រួចហើយរង់ចាំ 5 វិនាទីហើយចុចលេខ 1**

សំរាប់ភាសាខ្មែរ ។ ក្រសួងសេវាពុលភាសាបើកទ្វារធ្វើការពីថ្ងៃ ចន្ទ-សុក្រ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹករហូតដល់ 12:00 ថ្ងៃត្រង់ និង ម៉ោង 1:00

ថ្ងៃរសៀលដល់ម៉ោង 4:00 ល្ងាច ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ផ្តឹងឧទ្ធរណ៍ លោកអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការ ។ កំណត់ថ្ងៃចុងក្រោយដាក់ពាក្យសុំ គឺជា 10

ថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីបានទទួលលិខិតជូនដំណឹង; 30 ថ្ងៃប្រតិទិនជាមួយនឹងបញ្ចេញហេតុស្ត សម្រាប់ការពន្យារពេល ឬនៅក្នុងករណីខ្លះ 60

ថ្ងៃប្រតិទិនប្រសិនបើលោកអ្នកមិនបានទទួលការ សម្រេចនៅក្នុងភាសាជម្រើសរបស់លោកអ្នកទេនោះ ។ ដើម្បីការពារសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក

លោកអ្នកត្រូវតែបន្តសុំទាមទារអត្ថប្រយោជន៍រៀងរាល់សប្តាហ៍ថាវលោកអ្នកគ្មានការ ។

ແຈ້ງການທີ່ຕິດຄັດໃນຊອງປະກອບມີຂໍ້ມູນສໍາຄັນກ່ຽວກັບວ່າຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈື່ ຫຼືກວັດສິດຈາກການໄດ້ຮັບເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອ ປະກັນການຫວ່າງງານ ແລະວິທີອຸທອນ. ທ່ານຄວນໃຫ້ແປແຈ້ງການນີ້ ນັ້ນທັນທີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ໃນການ ແປມັນ ຫຼື ມີຄຳ ທາມ, ກະລຸນາ ໂທຫາເບີໂທຟັຣ 1-888-822-3422 ແລະເລືອກ 9 ຈາກນັ້ນ ລໍຖ້າຈົນ ວິນາທີ ແລ້ວກົດ 2 ສໍາລັບພາສາ ລາວ. ໜ່ວຍບໍລິການຫຼາຍພາສາເປີດບໍລິການນັ້ນຈົນຫວ່າງວັນສຸກແຕ່ເວລາ 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 12:00 ໂມງ ທ່ຽງ ແລະ 1:00 ໂມງ ແດງ ຫາ 4:00 ໂມງແດງ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອຸທອນ, ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ ສວນ. ກໍານົດເວລາ ສໍາລັບການຍື່ ຫານ ອຸທອນແມ່ນ 10 ວັນຕາມເວລາປະຕິທິນມັບຈາກການສິ ງແຈ້ງການນີ້ທາງ ໄປສະນີ; 30 ວັນຕາມເວລາ ປະຕິທິນສໍາລັບກໍາລະນີມີ ເຫດຜົນທີ່ດີສໍາລັບການຊໍກຳລັງ; ຫຼືໃນບາງກໍລະນີ. 60 ວັນຕາມເວລາ ປະຕິທິນ ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການ ຕັດສິນຫໍານົດໃນພາສາທີ່ ທ່ານເລືອກ. ເພື່ອ ສືບຕໍ່ສິດທິຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຂໍ ເອົາ ເງິນ ຊ່ວຍເຫຼືອໃນແຕ່ລະອາທິດທີ່ທ່ານ ຫວ່າງງານ.

동봉된 고지서에는 귀하가 실업 보험 급여를 받을 자격이 안 되는 이유와 이의제기를 하는 방법에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이것이 즉시 번역되도록 하셔야 합니다. 번역하는 데 도움이 필요하거나 질문사항이 있으시면, 수신자부담 전화번호인 1-888-822-3422 번으로 전화하셔서 **9 번을 선택한 다음 5 초간 기다리고 나서 3 을 누르시면 한국어가 나옵니다.** 다국어 서비스 부문 (Multilingual Services Unit) 은 월요일-금요일 오전 8:30 부터 오후 12:00 까지 그리고 오후 1:00 부터 오후 4:00 까지 전화를 받습니다. 이의제기를 하고자 하시면, 청문회를 요청하셔야 합니다. 제기 마감시한은 고지서 우송 후 달력상 10 일이며; 정당한 사유가 있으면 달력상 30 일 후로 연장되거나; 어떤 경우, 귀하가 선택한 언어로 결정사항을 받지 못하셨다면 마감시한이 달력상 60 일 후로 연장됩니다. 귀하의 권리를 보호하기 위해, 실직 상태에 있는 각 주의 급여를 계속해서 청구하셔야만 합니다.

L'avis ci-joint comporte d'importantes informations sur les raisons pour lesquelles vous avez été exclu du bénéficiaire des prestations d'assurance chômage et sur les moyens de faire appel. Vous devriez faire immédiatement traduire cet avis. Si vous avez besoin d'assistance pour la traduction ou si vous avez des questions, veuillez appeler le numéro gratuit 1-888-822-3422 et choisir **9, attendre 5 secondes puis appuyez sur 4 pour le français**. L'unité de service multilingue est disponible du lundi au vendredi de 8h30 à midi et de 13h00 à 16h00. Si vous souhaitez faire appel, vous devez demander une audience. La date limite pour faire appel est fixée à 10 jours civils à compter de l'envoi de l'avis, 30 jours civils avec motif valable du retard ou, dans certains cas, 60 jours civils si vous n'avez pas reçu la décision dans la langue de votre choix. Afin de protéger vos droits, vous devez aussi continuer de demander vos prestations chaque semaine pendant laquelle vous êtes sans emploi.

يحتوي الإشعار المرفق على معلومات هامة عن سبب عدم تأهلك لتلقي منافع تأمين البطالة وكيفية استئناف هذا القرار. يتعين عليك القيام بترجمته على الفور. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ترجمته، أو إذا كانت لديك أسئلة، نرجو منك الاتصال برقم الهاتف المجاني 1-888-822-3422، واختار **9 ثم انتظر 5 ثوان واضغط على 5 للغة العربية**. إن وحدة الخدمات متعددة اللغات مفتوحة من الإثنين إلى الجمعة، من 8:30 صباحاً إلى 12:00 ظهراً، ومن 1:00 ظهراً إلى 4:00 مساءً. إذا رغبت في الاستئناف، يجب عليك طلب جلسة استماع. آخر موعد للتقديم هو 10 أيام تقويمية من تاريخ إرسال الإشعار بالبريد؛ أو 30 يوماً تقويمياً مع تقديم أسباب مقنعة للتأخير؛ أو، في بعض الحالات، 60 يوماً تقويمياً إذا لم تتسلم القرار بلغتك المختارة. لحماية حقوقك، يتعين عليك أيضاً مواصلة طلب منافعك عن كل أسبوع تكون فيه عاطلاً عن العمل.