

إشعار بإيرادات مخفضة

EDD USE ONLY Interviewer's Initial
AC

رقم التأمين الاجتماعي	الاسم الأول	الاسم الأخير
ملاحظة: قم بإصدار نموذج DE 2063 فقط لفترة الأيام السبعة المتتالية التي تتوافق مع أسبوع راتبك. إذا دفعت لموظفك لمرات أقل من الدفع كل سبعة أيام، يجب عليك إصدار نموذج DE 2063 لكل أسبوع تقويمي (من الأحد وحتى السبت) لفترة التوظيف الجزئية. يرجى الإجابة عن كافة الأسئلة التالية.		

إفادة رب العمل فيما يخص تاريخ نهاية أسبوع الرواتب: (الشهر / اليوم / السنة)

1. كان إجمالي الإيرادات (قبل الاقتطاع) (أدخل 0، إذا لم يكن هناك إيرادات) ..... \$ ◀
2. هل قام هذا الموظف بالإبلاغ عن كافة الأعمال التي كانت متاحة أثناء أسبوع الرواتب هذا؟ ..... نعم  لا
- (a) إذا كانت الإجابة "لا"، اذكر التاريخ (التواريخ) .....
- (b) السبب: .....
3. لماذا لا يعمل هذا الموظف بدوام كامل؟ (حدد إجابة واحدة) .....  
استغناء عنه بسبب قلة العمل (ويضمن تخفيض ساعات العمل)  تسريح من العمل  ترك العمل طوعاً
4. أدخل آخر تاريخ قام فيه هذا الموظف بأداء أي عمل في فترة توظيفه لديك، إما في نفس تاريخ نهاية أسبوع الرواتب المذكور أعلاه أو قبله (الشهر / اليوم / السنة) .....

إقرار رب العمل: أقر أن المبلغ الوارد في البند 1، يمثل إيرادات مخفضة في أسبوع أقل من العمل بدوام كامل، وذلك بسبب قلة العمل باستثناء كما هو موضح في البند 2. أدخل ما يلي:

رقم الهاتف	اسم الشركة
الرمز البريدي	العنوان
رقم حساب رب العمل	توقيع رب العمل
	تاريخ الإصدار للموظف: (الشهر / اليوم / السنة)
	قم بإصدار هذا النموذج فوراً بعد تاريخ نهاية أسبوع الرواتب المذكور أعلاه

المدعي:

يجب عليك إكمال هذا القسم. هذه الأسئلة وإجاباتك عنها هي حول تاريخ (تواريخ) نهاية أسبوع الرواتب المذكور في الجزء العلوي من هذا النموذج.

- A. هل كان هناك سبب آخر غير قلة العمل منعه من العمل بدوام كامل في كل يوم عمل عادي من أيام ذلك الأسبوع؟ ..... نعم  لا
- (1) إذا كانت الإجابة نعم، قم سبب ذلك، والتواريخ والأوقات التي لم تعمل فيها: .....
- B. هل عملت لدى رب عمل آخر غير رب العمل الذي تعمل لديه بانتظام في أي يوم من أيام ذلك الأسبوع؟ (هذا يشمل العمل للحساب الخاص). ..... نعم  لا
- (1) ما هو اسم رب العمل؟ .....
- (2) كم كانت إيراداتك من رب العمل ذاك قبل الاقتطاع، سواء تم الدفع لك أم لا؟ ..... \$ ◀
- (3) تواريخ العمل ..... حتى ..... سبب أنك لم تعد تعمل: .....
- C. هل تحصل حالياً على معاش، غير الضمان الاجتماعي؟ ..... نعم  لا
- (1) إذا كانت الإجابة نعم، هل طرأ تغيير على المبلغ منذ آخر مرة أبلغت عنه؟ ..... نعم  لا
- (2) إذا طرأ تغيير ما، أدخل المبلغ الإجمالي/الجديد ..... \$ ◀
- قم بتوضيح سبب التغيير: .....
- D. هل طرأ تغيير على عنوانك أو رقم هاتفك في ذلك الأسبوع؟ ..... نعم  لا
- (1) إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات في الفراغ أدناه.
- E. إذا أردت أن يتم اقتطاع ضريبة الدخل الفدرالية لذلك الأسبوع، حدد هذا المربع

إقرار المدعي: أنا أفهم الأسئلة المطروحة في هذا النموذج. أعرف أن القانون ينص على عقوبات إذا قدمت إجابات كاذبة أو حجبت الحقائق للحصول على مخصصات؛ إجاباتي حقيقية وصحيحة. أصرح أنا تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، بأنني مواطن أمريكي أو أحمل الجنسية الأمريكية أو غير مواطن مقيم بوضع مقبول ومسموح لي العمل بموجب دائرة خدمات الهجرة والجنسية الأمريكية.

رقم الهاتف	توقيع الزامي
الرمز البريدي	العنوان
	المدينة

ملاحظة: لا تكون هذه المطالبة سارية إلا عن طريق الاتصال بإدارة التنمية الوظيفية (THE EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT) في غضون 28 يوماً من تاريخ إصدارها لك. استثناء: إذا كنت تعلم أنك ستكون عاطلاً عن العمل بشكل كامل لأكثر من أسبوعين متتاليين، اتصل بإدارة EDD فوراً.