Druk

State Of Illinois
Department Of Employment Security

Extended Benefits Work Search Record - Karta poszukiwania pracy w celu przedłużenia zasiłku

Data:]_____

Numer Social Security: [_____ **Imię i nazwisko:** [_____

Tydzień 1 kończący się datą: [_____
Tydzień 2 kończący się datą: [_____

Data przesłania FAKSEM lub POCZTĄ: [_____

Przesłać na adres:
IDES
PO Box 4370
Fairview Heights, IL 62208

Faks: 866-997-0238

Świadczeniobiorca może uzyskać prawo do pobierania przedłużonego zasiłku stanowego (Extended Benefits – EB), jeśli wykaże, że STALE I SYSTEMATYCZNIE szukał zatrudnienia, i udostepni dla IDES dowod poszukiwania pracy. Za każdy tydzień otrzymywania przedłużonego zasiłku (EB) należy przedstawić wykaz danych kontaktowych **co najmniej pięciu pracodawców, składać podania o pracę przez co najmniej trzy dni w danym tygodniu i codziennie rzeczywiście poświęcać czas na znalezienie zatrudnienia. W razie złożenia wniosku o przedłużony zasiłek (EB) za tydzień, w którym nie spełniono powyższych wymagań, świadczeniobiorca traci prawo do zasiłku za dany tydzień oraz do przyszłych jego wypłat do czasu znalezienia zatrudnienia oraz ponownego nabycia uprawnień do otrzymywania świadczenia.** Jeśli świadczeniobiorca nie spełnił wymogów aktywnego poszukiwania pracy na dany tydzień, powinien "zrzec się" tego tygodnia (lub tygodni), dzwoniąc do TeleServe. Na niniejszym formularzu należy przekreślić te tygodnie, których świadczeniobiorca chce się „zrzec". Zrzeczenie się tygodni za pośrednictwem TeleServe spowoduje wstrzymanie zasiłku za okres, w którym dana osoba nie spełniła wymogów, ale nie spowoduje odmowy przyznania zasiłku za przyszłe tygodnie. **Zaleca się, aby świadczeniobiorca zachował kopię niniejszego formularza. W razie zgubienia formularza, nowy druk można pobrać ze strony internetowej www.ides.illinois.gov. Osoby uczestniczące w szkoleniach przekwalifikujących w ramach TRA (Trade Readjustment Assistance), lub w innych szkoleniach zatwierdzonych przez IDES nie mają obowiązku składania niniejszego formularza.**

Aby poświadczyć spełnienie wymogów poszukiwania pracy za ww. tygodnie, poniższą tabelę należy wypełnić wpisując w rubrykach dane pracodawców, u których świadczeniobiorca ubiegał się o pracę, a następnie przesłać ją FAKSEM lub POCZTĄ w wyżej wskazanym dniu. NIESTOSOWANIE SIĘ DO WW. ZASAD SPOWODUJE ODMOWĘ PRZYZNANIA ZASIŁKU I EWENTUALNĄ NADPŁATĘ.

Data kontaktu	Nazwa i adres pracodawcy	Osoba kontaktowa, jeśli dotyczy	Forma kontaktu	Rodzaj poszukiwanej pracy	Wynik poszukiwań
Tydzień 1 kończący się datą:					
Tydzień 2 kończący się datą:					

Podpis:_____ Data:]_____

CLI014F EBWS POL 9/11