



طلب

تفويض الدفع للعمال اليدويين بشكل أقل تواترًا عن الدفع أسبوعيًا

- استنادًا إلى القسم (a) 191.1 من قانون العمل، فإنه جهة العمل قد تكون مؤهلة للتباين في حال
- قامت بتوظيف حوالي 1000 شخص أو أكثر في هذه الولاية خلال آخر 3 سنوات قبل تقديم الطلب، أو
- قامت بتوظيف حوالي 1000 شخص أو أكثر في هذه الولاية خلال آخر عام قبل تقديم الطلب، وقامت بتوظيف حوالي 3000 شخص أو أكثر خارج الولاية خلال 3 سنوات قبل تقديم الطلب
- قدّمت إثباتًا مناسبًا بقدرتها المستمرة على تلبية مسؤوليات دفع رواتب الموظفين لديها.

أجب عن الأسئلة التالية وقمّ المعلومات المطلوبة من أجل التقدّم بطلب للحصول على تباين لدفع أجور العاملين اليدويين كل أسبوعين أو بشكل نصف شهري:

1. الاسم القانوني لجهة العمل:

2. الاسم التجاري:

3. العنوان:

4. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN):

5. يجب على الشخص الذي يملأ هذا الطلب بالنيابة عن جهة العمل إكمال نموذج خطاب التمثيل وتقديمه، والذي يمكن العثور عليه على هذا الرابط:

<https://dol.ny.gov/letter-representation-employer-representative-ls111>

6. هل تتم تغطية العاملين اليدويين بواسطة هذا الطلب الممثل من قِبَل منظمة عمالية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فقمّ الاسم، والمسمى الوظيفي، والعنوان، ورقم الهاتف المباشر، وعنوان البريد الإلكتروني لأي من المسؤولين عن العمال على المستوى المحلي أو الوطني، والذي يمثل العمال موضع النظر. استخدم ورقة إضافية عند اللزوم.

16. الاسم: _____ المسمى الوظيفي: _____

(بخط واضح)

(بخط واضح)

6. العنوان: _____

6. رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

يجب أن يتم تقديم هذا الطلب مع العناصر الواردة أدناه، وإرساله عبر البريد إلى العنوان الموضح في الجزء العلوي الأيسر من هذا النموذج. ويجب أن يتم إرسال جميع العناصر المطلوبة في رسالة بريدية واحدة. يُرجى عدم إرسال أي عنصر يتعلق بهذا الطلب تحت غلاف منفصل.

(A) سجل واحد حديث لكشوفات الرواتب المحوسبة عن فترة الدفع صادر عن أي موقع واحد في ولاية نيويورك. يجب أن تتضمن هذه السجلات عنوان الموقع الذي يعمل فيه الموظفون وما يلي لكل موظف على حدة: (1) الاسم الأول والأخير والقسم أو الوظيفة، و(2) معدل الأجر، و(3) ساعات العمل، و(4) إجمالي الأجر المدفوعة، و(5) الخصومات التفصيلية من الأجر، و(6) الأجر الصافية. لا تقم بتضمين أرقام الضمان الاجتماعي، أو العناوين، أو أي بيانات أخرى تتعلق بالموظفين ليست مذكورة في هذه الفقرة. لا تقم بتضمين كشوفات الرواتب من عدة فترات دفع أو من عدة مواقع.

(B) نسخة مكتوبة تضم عدد الأفراد الموظفين والأجر المدفوع كما هو مُسجّل في نموذج الإبلاغ NYS-45 الربع سنوي الخاص بشركتك، لكل ثلاثة أشهر في كل من الأعوام التقويمية الثلاثة المكتملة الماضية، ولكل ثلاثة أشهر مكتملة من العام التقويمي الحالي. ولا ينبغي بأي حال من الأحوال أن تقدّم الشركة نسخة من النموذج الأصلي.

يجب أن يتم ترتيب المعلومات في جدول بيانات أو شكل مصفوفة تضم صفاً واحداً لكل ثلاثة أشهر في كل عام توضح (مع الترتيب التصاعدي للتاريخ) مجموع أعداد الأفراد الموظفين والأجر المدفوع كما تم الإبلاغ به لكل عام.

يجب أن تكون النسخة المكتوبة مصحوبة بإفادة خطية مُوقّعة وموثقة، حيث يشهد نائب رئيس القسم أو رئيس القسم المسؤول عن تعبئة نموذج NYS-45 في الشركة بصحة ودقة الأرقام الواردة في النسخة المكتوبة.

إذا كانت شركتك تسعى إلى التأهل للحصول على تباين تحت حد الـ 3000 موظف الموضح سابقاً في هذا النموذج، فإنه يجب على شركتك أيضاً تقديم النسخ المكتوبة في النموذج ذاته والمحتوى الذي تم جمعه من الأرقام الواردة في نماذج الإبلاغ الربع سنوية المشابهة المستخدمة في الولايات أو الإدارات المحلية الأخرى.

(C) إثبات على استمرار قدرة الشركة على تلبية مسؤوليات دفع الرواتب الخاصة بها، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خطاب إبداء رأي صادر عن محاسب قانوني معتمد يؤكد على أن جهة العمل لم تتخلف عن سداد أي من التزاماتها المتعلقة بالرواتب على مدار الأعوام المالية الثلاثة التي تسبق تقديم هذا الطلب.

(D) إذا كان العامل اليدوي في ولاية نيويورك تمثله أي من المنظمات العمالية، فإنه يجب على جهة العمل تضمين خطابات من المسؤولين عن النقابة العمالية المعنية يمنحون فيها موافقتهم على تمديد فترة الدفع المطلوبة، أو نسخة من أحد العقود السارية التي تمت الموافقة فيه على فترة الدفع كل أسبوعين أو بشكل نصف شهري.

(E) إثبات لتغطية جهة العمل لتأمين تعويض العمال. تتضمن نماذج الإثبات المقبولة ما يلي: C-105.2؛ U-26.3؛ SI-12؛ GSI-105.2.

لا يتم قبول نماذج التأمين ضد المسؤولية الصادرة عن رابطة الأبحاث والتطوير في مجال العمليات التعاونية (ACORD) باعتبارها إثباتاً لتغطية تعويض العمال.

(F) إثبات لتغطية جهة العمل لتأمين الإعاقة. تتضمن نماذج الإثبات المقبولة ما يلي: DB 120.1؛ DB-155.

(G) إثبات بعدم وجود مذكرات معلقة لعدم تحويل اقتطاعات ضريبة الدخل الشخصي للدولة. يتم الحصول على الإثبات من خلال مراسلة إدارة الضرائب والشؤون المالية في ولاية نيويورك (العنوان وارد أعلاه) لإصدار خطاب يشهد بهذه الحقيقة. تأكد من الإشارة إلى رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN).

يجب أن يكون الخطاب مصاحباً للطلب، ولا تقدمه في غلاف منفصل.

New York State Department of Tax and Finance
Disclosure and Government Exchange
Attention: Thomas Engle, Tax Technician III
Building #8, Room 700
NYS Office Building Campus
Albany, NY 12227
الهاتف: 518-530-4362

(H) إثبات بعدم وجود مذكرات معلقة ضد جهة العمل لعدم تحويل اشتراكات التأمين ضد البطالة. يجوز أن تقدم شعبة التأمين ضد البطالة إثباتاً إلينا بشكل مباشر، في حالة إجراء المسؤول المعني لدى جهة العمل لنموذج الكشف عن المعلومات المرفق.

شهادة: أشهد أنا، مُقَدِّم الطلب المُوقَّع أدناه، باعتباري المسؤول رسميًا عن هذه الشركة، بأن جهة العمل المذكورة أعلاه قد (حدّد أحد الخيارين):

قامت بتوظيف حوالي 1000 شخص أو أكثر في ولاية نيويورك خلال آخر 3 سنوات قبل تقديم الطلب،
أو

قامت بتوظيف حوالي 1000 شخص أو أكثر في ولاية نيويورك خلال آخر عام قبل تقديم هذا الطلب، وقامت بتوظيف حوالي 3000 شخص أو أكثر خارج الولاية خلال 3 سنوات قبل تقديم الطلب.

الاسم: _____ المسمى الوظيفي: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

ليس هناك أي رسوم للطلب.

نموذج الكشف عن المعلومات - معلومات الإفصاح

استجابةً للطلب المُقدّم من،

(اكتب الاسم القانوني لجهة العمل بخط واضح)

لدفع العاملين اليديويين لديها كل أسبوعين أو بشكلٍ نصف شهري،

فإنني، _____
(اكتب اسم الشخص المسؤول عن التوقيع على نموذج الكشف عن المعلومات بخط واضح)

_____،
(اكتب المسمى الوظيفي للشخص المسؤول عن التوقيع على نموذج الكشف عن المعلومات بخط واضح)

أفوض بموجب هذا النموذج قسم التأمين ضد البطالة للكشف عن سجلاتها الخاصة بجهة العمل المذكورة فيما يتعلق بالتزاماتها الضريبية الخاصة بالتأمين ضد البطالة إلى وحدة التراخيص والشهادات التابعة لقسم معايير العمل التابع لوزارة العمل في ولاية نيويورك، إن وجدت.

_____،
(اكتب رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN) بخط واضح)

_____،
(اكتب رقم تسجيل صاحب العمل في التأمين ضد البطالة بخط واضح)

التاريخ

التوقيع

New York State Department of Labor
Division of Labor Standards
W. Averell Harriman State Office Campus, Bldg. 12, Rm185 .B PCU, Albany, NY 12226
الهاتف: (518) 457-1942 الفاكس: (518) 457-2731
labor2dd22d@labor.ny.gov