

## طلب تفويض الدفع للعمال اليدويين بشكل أقل تواترًا عن الدفع أسبوعيًا

- استنادًا إلى القسم 191.1(a) 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 وقدم المعلومات المطلوبة من أجل التقدّم بطلب للحصول على تباين لدفع أجور العاملين اليدويين كل أسبوعين أو بشكلٍ نصف شهري:

1. الاسم القانوني لجهة العمل: \_\_\_\_\_
2. الاسم التجاري: \_\_\_\_\_
3. نوع المؤسسة التجارية:  مؤسسة  الحكومة  شركة ذات مسؤولية محدودة  
 شراكة ذات مسؤولية محدودة  شراكة تضامن  شركة فردية
4. العنوان: \_\_\_\_\_
5. رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN): \_\_\_\_\_
6. اسم المالك/المسؤول/العضو: \_\_\_\_\_
7. المسمّى الوظيفي للمالك/المسؤول/العضو: \_\_\_\_\_

8. 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>

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

إذا كانت الإجابة "نعم، فقدم 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.

6أ. الاسم: \_\_\_\_\_ المنصب: \_\_\_\_\_  
(بخط واضح) (بخط واضح)

6ب. العنوان: \_\_\_\_\_

6ج. 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 المدفوع، 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 تُقدّم الشركة نسخة من النموذج الأصلي.

يجب أن يتم ترتيب المعلومات في جدول بيانات أو شكل مصفوفة تضم صفًا واحدًا 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 موقّعة 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 سابقًا في هذا النموذج، فإنه يجب على شركتك أيضًا 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 إثباتًا 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 واردة أعلاه) لإصدار خطاب يشهد بهذه الحقيقة. تأكد من الإشارة إلى رقم تعريف جهة العمل الفيدرالي (FEIN).

يجب أن يكون الخطاب مصاحبًا 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  
1220 Washington Ave  
Albany NY, 12226  
الهاتف: 518-530-4362

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

- قامت بتوظيف حوالي 1.000 شخص أو أكثر في ولاية نيويورك خلال آخر 3 سنوات قبل تقديم الطلب، أو
- قامت بتوظيف حوالي 1.000 شخص أو أكثر في ولاية نيويورك خلال آخر عام قبل تقديم هذا الطلب، وقامت بتوظيف حوالي 3.000 شخص أو أكثر خارج الولاية خلال 3 سنوات قبل تقديم الطلب.

أتفهم أنه بموجب توقيع فإني أسمح لمفوض العمل بإتاحة حق الوصول إلى ملف إعانات التأمين ضد (U.I.) الخاصة بي.

الاسم: \_\_\_\_\_ المنصب: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

ليس هناك أي رسوم للطلب.