

## 授权向体力劳动者支付工资（支付频率低于按周支付）的申请

根据《劳动法》第 191.1(a)条的规定，在以下情况下，雇主有资格申请变更

- 在提出申请前的 3 年内，在本州平均雇用了 1000 人或以上；或
- 在提出申请前的 1 年内，在本州平均雇用了 1000 人或以上，且在提出申请前的 3 年内，在州外平均雇用了 3000 人或以上
- 提供符合条件的证明，证明其仍有能力履行发放工资的责任。

回答下列问题并提供所要求的信息，以便申请变更，向体力劳动者双周或半月支付工资：

1. 雇主法定名称： \_\_\_\_\_
2. 商号： \_\_\_\_\_
3. 企业组织类型：  企业  政府  有限责任公司  
 有限责任合伙企业  合伙企业  独资企业
4. 地址： \_\_\_\_\_
5. 联邦雇主识别号码： \_\_\_\_\_
6. 所有者/高级职员/成员姓名： \_\_\_\_\_
7. 所有者/高级职员/成员职务： \_\_\_\_\_
8. 代表雇主提交此申请的人员必须填写并提交此链接中的代表函：

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

9. 本申请所涉及的体力劳动者是否有劳工组织代表？ 是  否

如果回答为“是”，请提供代表相关雇员的任何地方或国家劳工部官员的姓名、职务、地址、直拨电话号码和电子邮件地址。如有需要，请另附纸张。

6a. 姓名： \_\_\_\_\_ 职务： \_\_\_\_\_  
(工整填写) (工整填写)

6b. 地址： \_\_\_\_\_

6c. 电话号码： \_\_\_\_\_ 电子邮件地址： \_\_\_\_\_

本申请表必须与下列项目一起提交，并邮寄到本表左上角所示地址。所有必需项目必须一并邮寄。请勿另附封面提交与本申请有关的任何项目。

- A) 纽约州任何一个地点最近一个发薪期的计算机薪资记录。这些记录应包括雇员工作地点的地址，以及雇员的以下信息：i)姓氏和名字、部门或职务；ii)工资标准；iii)工作小时数；iv)已支付工资；v)工资中的明细扣款；以及vi)净工资。请勿包含本款未列出的雇员 SSN、地址或任何其他数据。请勿包含多个发薪期或多个地点的工资单。
- B) 在过去三个完整日历年的每个季度以及当前日历年的每个完整季度中，您企业的 NYS-45 季度报表中记录的就业人数和支付报酬的书面记录。在任何情况下，企业都不得提交表格原件的副本。

信息应以电子表格或矩阵的形式排列，每年的每个季度各列一行（按日期升序排列），显示每年报告的就业人数和支付薪酬的总和。

书面记录必须附有一份经签署和公证的宣誓书，由企业的分管副总裁或负责申报 NYS-45 的部门主管证明书面记录中数字的真实性和准确性。

如果您的企业正在申请本表前文所述的 3000 名员工门槛下的变更资格，那么您的企业还必须以相同的格式和内容提交根据其他州或地方使用的类似季度报告表上的数字编制的书面记录。

- C) 公司持续履行工资责任的能力证明，包括但不限于注册会计师出具的意见书，确认雇主在此申请之前的三个财政年度内未拖欠任何工资。
- D) 如果纽约州的体力劳动者由任何工会组织代表，雇主必须提供有关工会官员同意延长发薪期请求的函件，或已商定双周或半月发薪期的有效合同副本。
- E) 雇主的劳工补偿保险证明。可接受的表格有：C-105.2、U-26.3、SI-12、GSI-105.2。

**不接受 Acord 责任保险单作为劳工补偿保险的证明。**

- F) 雇主的伤残保险证明。可接受的表格有：DB 120.1、DB-155。
- G) 证明没有因未缴纳州个人所得税预扣款而受领待决执行令。可致函纽约州税务和财政部（地址如下），由其出具证明信。请务必注明联邦雇主识别号(FEIN)。

**函件必须随申请表一起提交，请勿单独提交。**

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  
电话：518-530-4362

**证明：**本人，即下方签名的申请人，作为该公司的负责人，证明上述雇主满足以下条件（选一项）：

在提出本申请前的 3 年内，在纽约州平均雇用了 1000 人或以上；或

在提出本申请前的 1 年内，在纽约州平均雇用了 1000 人或以上，且在提出申请前的 3 年内，在州外平均雇用了 3000 人或以上。

本人理解，签署本表格，即代表本人允许劳工部专员提供本人的失业保险(U.I.)福利档案访问权限。

姓名： \_\_\_\_\_ 职务： \_\_\_\_\_

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**无额外申请费。**