

## हाथ से काम करने वाले श्रमिकों को साप्ताहिक तौर से कम आवृत्ति से भुगतान करने के प्राधिकार का आवेदन

श्रम कानून की धारा 191.1(a) के अनुसार, एक नियोक्ता भिन्नता के लिए पात्र हो सकता है यदि

- आवेदन से पहले के 3 वर्षों में इसने इस राज्य में औसतन 1,000 या अधिक लोगों को रोजगार दिया हो, या
- आवेदन से पहले 1 वर्ष के लिए इसने इस राज्य में औसतन 1,000 या अधिक व्यक्तियों को रोजगार दिया है, **और** आवेदन से पहले 3 वर्षों के लिए इसने राज्य के बाहर औसतन 3,000 या अधिक लोगों को रोजगार दिया है
- नियोक्ता ने अपनी पेरोल जिम्मेदारियों को पूरा करने की निरंतर क्षमता के संतोषजनक साक्ष्य पेश किए हों।

हाथ से काम करने वाले श्रमिकों को द्वि-साप्ताहिक या अर्ध-मासिक भुगतान करने के लिए आवेदन करने के लिए निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें और मांगी गई जानकारी उपलब्ध कराएं:

1. नियोक्ता का कानूनी नाम: \_\_\_\_\_
2. व्यापार का नाम: \_\_\_\_\_
3. व्यवसाय संगठन का प्रकार:  कॉर्पोरेशन  सरकार  सीमित देयता कंपनी  
 सीमित देयता भागीदारी  पार्टनरशिप  सोल प्रोप्राइटर
4. पता: \_\_\_\_\_
5. FEIN: \_\_\_\_\_
6. मालिक/अधिकारी/सदस्य का नाम: \_\_\_\_\_
7. स्वामी/अधिकारी/सदस्य शीर्षक: \_\_\_\_\_
8. नियोक्ता की ओर से यह आवेदन दाखिल करने वाले व्यक्ति को इस लिंक पर दिया गया अभ्यावेदन पत्र पूरा करना और जमा करना होगा:

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

9. क्या कोई श्रमिक संगठन इस अनुरोध में शामिल हाथ से काम करने वाले श्रमिकों का प्रतिनिधित्व करता है? हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो स्थानीय या राष्ट्रीय स्तर के किसी श्रम अधिकारी का नाम, शीर्षक, पता, सीधा फ़ोन नंबर और ई-मेल पता दें, जो संबंधित कर्मचारियों का प्रतिनिधित्व करता हो। अगर ज़रूरी हो तो अतिरिक्त शीट का इस्तेमाल करें।

6a. नाम: \_\_\_\_\_ शीर्षक: \_\_\_\_\_  
(प्रिंट करें) (प्रिंट करें)

6b. पता: \_\_\_\_\_

6c. फ़ोन नंबर: \_\_\_\_\_ ईमेल: \_\_\_\_\_

यह आवेदन नीचे सूचीबद्ध वस्तुओं के साथ जमा किया जाना चाहिए और इस फॉर्म के ऊपरी बाएं कोने में दिखाए गए पते पर भेजा जाना चाहिए। सभी ज़रूरी आइटम एक साथ ही भेजे जाने चाहिए। कृपया इस आवेदन से संबंधित किसी भी आइटम को अलग कवर में जमा न करें।

- A) किसी एक NYS स्थान से वेतन अवधि का कम्प्यूटरीकृत नवीनतम पेरोल रिकॉर्ड। उन रिकॉर्ड्स में उस स्थान का पता शामिल होना चाहिए जहां कर्मचारी काम करते हैं और हर एक व्यक्तिगत कर्मचारी के लिए निम्नलिखित शामिल हैं: i) पहला और अंतिम नाम और विभाग या व्यवसाय, ii) मजदूरी दर, iii) काम के घंटे, iv) भुगतान किया गया कुल वेतन, v) वेतन से मदवार कटौती; और, vi) शुद्ध मजदूरी। इस पैराग्राफ में सूचीबद्ध नहीं किए गए कर्मचारी SSN या पते या कोई अन्य डेटा शामिल न करें। एक से अधिक वेतन अवधियों या एक से अधिक स्थानों से मिले वेतन को शामिल न करें।
- B) पिछले तीन पूरे कैलेंडर वर्षों में प्रत्येक तिमाही के लिए और वर्तमान कैलेंडर वर्ष की हर एक पूरी तिमाही के लिए आपके व्यवसाय के त्रैमासिक NYS-45 रिपोर्टिंग फॉर्म में दर्ज किए गए रोजगार पर लगे व्यक्तियों की संख्या और भुगतान किए गए पारिश्रमिक की कॉपी। किसी भी परिस्थिति में व्यवसाय को मूल फॉर्म की प्रति जमा नहीं करनी चाहिए।

जानकारी को प्रत्येक वर्ष की प्रत्येक तिमाही के लिए एक व्यक्तिगत पंक्ति के साथ एक स्प्रेडशीट या मैट्रिक्स प्रारूप में व्यवस्थित किया जाना चाहिए (बढ़ते हुए क्रम में तिथि) प्रत्येक वर्ष के लिए रिपोर्ट किए गए न रोजगार पर लगे व्यक्तियों की संख्या और भुगतान किए गए पारिश्रमिक की रकम प्रदर्शित की जानी चाहिए।

प्रतिलेख के साथ हस्ताक्षर किया हुआ और नोटरीकृत शपथपत्र लगाया जाना चाहिए जिसमें NYS-45 दाखिल करने के लिए उत्तरदायी व्यवसाय के मंडल उपाध्यक्ष या विभाग प्रमुख ने प्रतिलेख में निहित आंकड़ों की वास्तविकता और सटीकता को प्रमाणित किया हो।

यदि आपका व्यवसाय इस फॉर्म में पहले बताई गई 3,000 कर्मचारियों की सीमा के तहत भिन्नता के लिए अर्हता पाना चाहता है, तो आपके व्यवसाय को उसी फॉर्म में प्रतिलेख और अन्य राज्यों या क्षेत्रों में इस्तेमाल किए जाने वाले समान त्रैमासिक रिपोर्टिंग फॉर्म के आंकड़ों से संकलित सामग्री भी सबमिट करनी होगी।

- C) कंपनी की अपनी पेरोल जिम्मेदारियों को पूरा करने की निरंतर क्षमता का प्रमाण, जिसमें एक प्रमाणित सार्वजनिक लेखाकार का एक राय पत्र भी शामिल है, जो इस बात की पुष्टि करता है कि नियोक्ता ने इस आवेदन से पहले के तीन वित्तीय वर्षों के दौरान अपने किसी भी पेरोल दायित्वों में चूक नहीं की है।
- D) यदि न्यूयॉर्क राज्य में मैनुअल श्रमिकों का प्रतिनिधित्व किसी श्रमिक संगठन द्वारा किया जाता है, तो नियोक्ता को अनुरोधित वेतन अवधि विस्तार पर अपनी सहमति देने वाले उपयुक्त यूनियन अधिकारियों के पत्र, या प्रभावी अनुबंध की एक प्रति जिसमें द्वि-साप्ताहिक या अर्ध-मासिक वेतन अवधि पर सहमति हो गई हो, शामिल होना चाहिए।
- E) श्रमिकों के मुआवज़े के बीमा के लिए नियोक्ता के कवरेज का साक्ष्य। स्वीकार्य फॉर्म हैं: C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2.

**एकॉर्ड देयता बीमा फॉर्म श्रमिकों के मुआवज़े कवरेज के प्रमाण के रूप में स्वीकार नहीं किए जाते हैं।**

- F) विकलांगता बीमा के लिए नियोक्ता के कवरेज का साक्ष्य। स्वीकार्य फॉर्म हैं: DB 120,1; DB-155.
- G) राज्य व्यक्तिगत आयकर रोक को चुकाने में विफलता के लिए कोई बकाया वारंट नहीं होने का साक्ष्य। उस तथ्य को प्रमाणित करने वाला एक पत्र जारी करने के लिए न्यूयॉर्क राज्य के कराधान और वित्त विभाग (नीचे दिए गए पते पर) को पत्र लिखकर प्रमाण प्राप्त किया जाता है। संघीय नियोक्ता पहचान संख्या (FEIN) का संदर्भ लेना ना भूलें।

**आवेदन के साथ पत्र अवश्य संलग्न होना चाहिए, इसे अलग कवर में सबमिट न करें।**

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  
फ़ोन: 518-530-4362

**सत्यापन:** मैं अधोहस्ताक्षरी आवेदक, इस फर्म के एक जिम्मेदार अधिकारी के रूप में प्रमाणित करता हूं कि उपर्युक्त नियोक्ता ने (एक की जांच करें):

- आवेदन से पहले के 3 वर्षों में इसने न्यूयॉर्क राज्य में औसतन 1,000 या अधिक लोगों को रोजगार दिया हो, या
- आवेदन से पहले 1 वर्ष के लिए न्यूयॉर्क राज्य में औसत 1,000 या अधिक लोगों को रोजगार दिया हो, और आवेदन से पहले 3 वर्ष के लिए राज्य के बाहर के औसत 3,000 या अधिक लोगों को रोजगार दिया हो।

मैं समझता हूं कि इस पर हस्ताक्षर करके मैं श्रम आयुक्त को मेरी बेरोजगारी बीमा (यू.आई.) लाभ फ़ाइल तक पहुंच प्रदान करने की अनुमति दे रहा हूं।

नाम: \_\_\_\_\_ शीर्षक: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

**कोई आवेदन शुल्क नहीं है।**