

## Richiesta di autorizzazione per pagare gli operai con cadenza inferiore a quella settimanale

Ai sensi della Sezione 191.1(a) della Legge sul lavoro, un datore di lavoro può accedere a una variazione se

- nei 3 anni precedenti la domanda ha impiegato una media di 1.000 o più persone in questo stato, **oppure**
- per 1 anno precedente la domanda ha impiegato una media di 1.000 o più persone in questo stato, **e** se per i 3 anni precedenti la domanda ha impiegato una media di 3.000 o più persone al di fuori dello stato
- è in grado di fornire prove soddisfacenti dell'abilità continuativa di soddisfare le sue responsabilità salariali.

**Rispondere alle seguenti domande e fornire le informazioni richieste per poter richiedere una variazione per il pagamento degli operai a cadenza bisettimanale o semi-mensile:**

1. Denominazione legale del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

2. Denominazione commerciale: \_\_\_\_\_

3. Tipo di organizzazione aziendale:  Società per azioni  Governativa  
 Società a responsabilità limitata  
 Impresa collettiva a responsabilità limitata  
 Impresa collettiva  Ditta individuale

4. Indirizzo: \_\_\_\_\_

5. FEIN: \_\_\_\_\_

6. Nome del proprietario/funzionario/membro: \_\_\_\_\_

7. Titolo del proprietario/funzionario/membro: \_\_\_\_\_

8. La persona che presenta questa domanda per conto del datore di lavoro deve completare e inviare una lettera del modulo di rappresentazione presente a questo link:

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

9. Gli operai sono coperti da questa richiesta rappresentata da un'organizzazione sindacale? Sì  No

Se sì, fornire il nome, il titolo, l'indirizzo, il numero di telefono personale e l'indirizzo e-mail di qualsiasi responsabile sindacale a livello locale o nazionale che rappresenta i dipendenti in questione. Allegare fogli aggiuntivi se necessario.

6a. Nome: \_\_\_\_\_ Titolo: \_\_\_\_\_  
(stampatello) (stampatello)

6b. Indirizzo: \_\_\_\_\_

6c. Numero di telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Questa domanda deve essere inviata insieme ai documenti elencati di seguito e spedita all'indirizzo indicato nell'angolo in alto a sinistra di questo modulo. Tutti i documenti richiesti devono essere contenuti in una sola spedizione. Non inviare alcun elemento appartenente a questa domanda con spedizioni diverse.**

- A) Una busta paga computerizzata di un periodo di pagamento recente da una singola sede dello Stato di New York. Questi registri devono includere l'indirizzo della sede di lavoro dei lavoratori e per ogni singolo dipendente, quanto segue: i) nome e cognome e dipartimento o occupazione, ii) salario, iii) ore lavorate, iv) stipendio lordo pagato, v) deduzioni dettagliate dagli stipendi; e vi) stipendi netti. Non includere i codici SSN o gli indirizzi dei dipendenti, né altri dati non elencati in questo paragrafo. Non includere buste paga appartenenti a periodi di pagamento multipli o di sedi multiple.
- B) Una trascrizione del numero di persone impiegate e la loro remunerazione registrata nel modulo trimestrale NYS-45 dell'azienda per ogni trimestre in ognuno degli ultimi tre anni solari completi e per ogni trimestre completato dell'attuale anno solare. In nessun caso l'azienda deve inviare una copia del modulo originale.

Le informazioni devono essere suddivise in un foglio di calcolo o in una matrice con una singola riga per ogni trimestre di ogni anno di riferimento (in ordine di data ascendente) mostrando le somme del numero di persone impiegate e le loro remunerazioni registrate per ogni anno.

La trascrizione deve essere accompagnata da una dichiarazione giurata firmata e autenticata in cui il vicepresidente della divisione o il responsabile del dipartimento dell'azienda responsabile della presentazione del modulo NYS-45 attesti la veridicità e l'accuratezza dei dati contenuti nella trascrizione.

Se la propria azienda vuole richiedere una variazione inferiore alla soglia di 3.000 dipendenti descritta in precedenza in questo modulo, allora l'azienda dovrà anche inviare le trascrizioni nella stessa forma e contenuto compilate dai numeri di report trimestrali analoghi usati in altri stati o altre località.

- C) Prova dell'abilità continuativa dell'azienda di adempiere alle sue responsabilità salariali, inclusa a titolo esemplificativo e non esaustivo, una lettera di parere di un commercialista pubblico certificato che affermi che il datore di lavoro non è stato inadempiente nei confronti dei propri obblighi retributivi nel corso dei tre anni fiscali precedenti la presente domanda.
- D) Se gli operai nello Stato di New York sono rappresentati da un'organizzazione sindacale, il datore di lavoro deve allegare le lettere dei funzionari sindacali competenti che danno il loro assenso al prolungamento del periodo di paga richiesto, oppure una copia del contratto in vigore in cui è stato concordato un periodo di paga bisettimanale o semimensile.
- E) Prova della copertura del datore di lavoro per l'assicurazione infortuni sul lavoro. I moduli accettabili sono: C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2.

**I moduli di assicurazione di responsabilità civile Acord non sono accettati come prova dell'assicurazione per gli infortuni sul lavoro.**

- F) Prova della copertura del datore di lavoro per l'assicurazione di disabilità. I moduli accettabili sono: DB 120.1; DB-155.
- G) Prova che non ci sono mandati in sospeso per il mancato versamento delle ritenute fiscali statali sul reddito delle persone fisiche. La prova viene ottenuta scrivendo al Dipartimento delle Imposte e delle Finanze dello Stato di New York (indirizzo di seguito) di rilasciare una lettera che lo certifichi. Assicurarsi di riportare il numero federale di identificazione del datore di lavoro (FEIN).

**La lettera deve essere allegata alla domanda, non inviarla in un plico diverso.**

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  
Telefono: 518-530-4362

**Attestazione:** Il sottoscritto richiedente, in qualità di funzionario responsabile di questa azienda, attesta che il datore di lavoro sopra indicato ha (selezionare uno):

- nei 3 anni precedenti questa domanda ha impiegato una media di 1.000 o più persone nello Stato di New York oppure
- prima di questa domanda ha impiegato per un anno una media di 1.000 o più persone nello Stato di New York e ha impiegato per 3 anni prima della domanda una media di 3.000 o più persone fuori dallo Stato.

Sono consapevole che, firmando, autorizzo il Commissario del Lavoro a fornire l'accesso al mio fascicolo di prestazioni dell'Assicurazione contro la Disoccupazione (U.I.).

Nome: \_\_\_\_\_ Titolo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Non sono previste tasse per la domanda.**