

Avis aux employés

Nom légal de l'employeur : _____

Adresse : _____

N° d'inscription de l'employeur (ER) : _____

Les employés de cette entreprise sont couverts par la loi sur l'assurance-chômage de l'État de New York.

- Votre employeur ne peut pas effectuer de retenue sur votre salaire à cette fin.
- **Si vous êtes licencié, si vous travaillez moins de quatre jours par semaine ou si vous démissionnez :**
 - **Obtenez de votre employeur un formulaire de « Relevé d'emploi ». Conservez-le dans vos dossiers pour l'utiliser si vous demandez des prestations d'assurance-chômage.**
 - Le formulaire « Relevé d'emploi » doit comporter le nom de votre employeur, son numéro d'enregistrement et l'adresse de l'endroit où sont conservés les registres de paie.
- **Pour déposer une demande d'assurance-chômage :**
 - Appelez le Centre des réclamations par téléphone au (888) 209-8124 (des services de traduction sont disponibles) ou bien
 - Rendez-vous sur notre site internet à l'adresse www.labor.ny.gov
 - Les personnes malentendantes qui disposent d'un appareil téléphonique pour personnes sourdes (TTY/TDD) peuvent déposer une demande de remboursement en appelant un opérateur de relais au (800) 662-1220 et en lui demandant d'appeler le (888) 783-1370. Le service à ce numéro n'est fourni qu'aux appelants utilisant un équipement TDD.

À l'employeur : Vous devez afficher ce document de manière apparente sur chaque lieu de travail.

Les employeurs qui utilisent la version à remplir de cette affiche certifient l'exhaustivité et l'exactitude du nom légal, de l'adresse et du numéro d'inscription de l'employeur affichés. Pour des affiches supplémentaires, écrivez au : New York State Department of Labor, Liability and Determination Section, Harriman State Office Campus, Albany, NY 12226.