

# WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

Unemployment Insurance Division  
Liability and Determination Section  
Harriman State Office Campus  
Albany, NY 12226  
(518) 457-2635

## Aplikimi i programit të përbashkët të punës

### Udhëzime:

- Shkruani ose printoni me bojë të zezë. Plotësoni të dyja faqet.
- Ktheni formularin e plotësuar dhe të nënshkruar në adresën e mësipërme ose me faks në (518) 485-6172.
- **Departamenti i Punës duhet ta ketë këtë aplikim deri të hënën, tre javë para datës së fillimit të planit.**
  - Aplikimet e dërguara katër (4) javë përpara datës së fillimit të planit nuk do të merren parasysh.

### Informacioni i punëdhënësit

1. Emri i punëdhënësit: \_\_\_\_\_
2. Numri i regjistrimit të punëdhënësit: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Kodi i vendndodhjes, nëse ka: 9 8 - \_\_\_\_\_

### Informacioni i planit

4. Ky aplikacion është për një (përzgjidh një):  Plani i ri  Modifikimi i një plani ekzistues
5. Në cilën datë dëshironi të nisë ky plan? Duhet të jetë një e hënë. \_\_\_\_\_

### Informacioni i Kontaktit

6. Emri i personit të kontaktit: \_\_\_\_\_
7. Titulli: \_\_\_\_\_
8. Email: \_\_\_\_\_
9. Adresa e postës:
  - 9a. Numri dhe rruga: \_\_\_\_\_
  - 9b. Qyteti: \_\_\_\_\_
  - 9c. Shteti: \_\_\_\_\_
  - 9d. Kodi postar: \_\_\_\_\_
10. Telefoni i biznesit me kodin e zonës: \_\_\_\_\_ nr. i brendshëm \_\_\_\_\_

### Informacioni i Punonjësve

11. Sa punonjës keni në shtetin e Nju Jorkut? \_\_\_\_\_
12. Ju lutemi vlerësoni se sa punonjës do të ishin pushuar nga puna pa Programin e Punës së Përbashkët: \_\_\_\_\_
13. A paguhen paga nga punonjësit që do të marrin pjesë në këtë program?  Po  Jo  
Nëse po, jepni detaje rreth aranzhimeve të punës me pjesë. Jepni kopje të çdo marrëveshjeje ose përkrahjeje se si paguhen punonjësit.

## 14 Pëlqimi i agjentëve të negociatave kolektive

1. Emri i sindikatës: \_\_\_\_\_

Numri lokal: \_\_\_\_\_

Emri: \_\_\_\_\_

Titulli: \_\_\_\_\_

Rruga: \_\_\_\_\_

Qyteti: \_\_\_\_\_

Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi postar: \_\_\_\_\_

Telefoni: \_\_\_\_\_ nr. i brendshëm \_\_\_\_\_

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

2. Emri i sindikatës: \_\_\_\_\_

Numri lokal: \_\_\_\_\_

Emri: \_\_\_\_\_

Titulli: \_\_\_\_\_

Rruga: \_\_\_\_\_

Qyteti: \_\_\_\_\_

Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi postar: \_\_\_\_\_

Telefoni: \_\_\_\_\_ nr. i brendshëm \_\_\_\_\_

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

Nëse keni agjentë shtesë të negociatave kolektive, jepni informacionin e tyre në një fletë të veçantë dhe bashkëngjitni atë në këtë aplikacion.

### Certifikimi i Punëdhënësit

Unë vërtetoj për sa vijon:

- A. Sigurimi shëndetësor i punonjësve, sigurimi mjekësor, pensioni ose çdo përfitim tjetër shtesë në fuqi përpara këtij aplikimi Shared Work (Puna e Përbashkët) nuk do të eliminohet ose zvogëlohet nëse këto përfitime nuk eliminohen ose pakësohen për të gjithë forcën e punës.
- B. Sindikatat që përfaqësojnë punonjësit e identifikuar si pjesëmarrës kanë shqyrtuar dhe kanë dhënë pëlqimin me shkrim për planin. Ky pëlqim do të ruhet dhe do të prodhohet sipas kërkesës.
- C. Pa Programin e Punës së Përbashkët, unë do të pushoja nga puna punëtorët.
  - Orët e reduktuara ose të kufizuara për të gjithë punonjësit e përfshirë në këtë Program të përbashkët të punës janë të barabarta me orët që do të humbisnin nga punëtorët e pushuar nga puna.
- D. Punonjës shtesë nuk do të punësohen për grupin e prekur për kohëzgjatjen e planit.
- E. Pagesat e përfitimit të punës së përbashkët mund të ngarkohen në llogarinë time të sigurimit të papunësisë (përvoja e vlerësuar ose e rimbursueshme).
- F. Jam dakord që asnjë pjesëmarrës i programit nuk do të marrë në total më shumë se njëzet e gjashtë javë përfitime, duke përjashtuar javën e pritjes.
- G. Unë kam dhënë njoftim të planit të punës së përbashkët të propozuar për fuqinë time të punës.
  - Nëse nuk jam në gjendje të jap një njoftim të tillë, kam dhënë një shpjegim në një fletë të veçantë të përfshirë me këtë aplikim.
- H. Unë kam dhënë në pyetjen 12 një vlerësim të saktë të numrit të punonjësve që do të pushoheshin nga puna nëse nuk jam në gjendje të marr pjesë në Programin e Punës së Përbashkët.
- I. Kushtet dhe zbatimi i këtij plani do të përputhen plotësisht me detyrimet e punëdhënësit sipas ligjeve federale dhe shtetërore në fuqi.
- J. Komisioneri do të marrë raportet e nevojshme për administrimin e duhur të planit sipas kërkesës. Komisioneri mund të ketë akses në të gjitha të dhënat e nevojshme për të verifikuar planin përpara miratimit dhe për të vlerësuar përdorimin e tij.

### Nënshkrimi i zyrtarit të korporatës, pronarit të vetëm ose partnerit të përgjithshëm:

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

Shkruani ose printoni emrin: \_\_\_\_\_

Titulli: \_\_\_\_\_