

# WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

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

## طلب برنامج العمل المشترك

### التعليمات:

- قم بالكتابة أو الطباعة باستخدام حبر أسود. قم باستكمال كلتا الصفحتين.
- قم بإرسال هذا النموذج بعد استكمال التوقيع عليه بالبريد على العنوان المذكور أعلاه أو بالفاكس على الرقم (518) 485-6172.
- يجب أن يصل هذا الطلب إلى وزارة العمل في يوم الاثنين السابق لتاريخ بدء الخطة بثلاثة أسابيع.
  - لن يتم النظر في الطلبات التي يتم إرسالها قبل تاريخ بدء الخطة بأربعة (4) أسابيع.

### معلومات جهة العمل

1. اسم جهة العمل: \_\_\_\_\_
2. رقم تسجيل جهة العمل: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 3. رمز الموقع، إن وُجد: 89 - \_\_\_\_\_

### معلومات الخطة

4. هذا الطلب من أجل (حدد خيارًا واحدًا):  خطة جديدة  تعديل لخطة حالية
5. ما تاريخ بدء هذه الخطة الذي ترغب فيه؟ يجب أن يكون يوم الاثنين. \_\_\_\_\_

### معلومات جهة الاتصال

6. اسم جهة الاتصال: \_\_\_\_\_
7. المنصب: \_\_\_\_\_
8. البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_
9. العنوان البريدي: \_\_\_\_\_
- 9أ. الرقم والشارع: \_\_\_\_\_
- 9ب. المدينة: \_\_\_\_\_ ج. الولاية: \_\_\_\_\_ د. الرمز البريدي: \_\_\_\_\_
10. هاتف العمل بالإضافة إلى رمز المنطقة: \_\_\_\_\_ امتداد \_\_\_\_\_

### معلومات الموظف

11. ما عدد الموظفين لديك في ولاية نيويورك؟ \_\_\_\_\_
12. يرجى تقدير عدد الموظفين الذين قد سُرحوا من العمل من دون الاستعانة ببرنامج العمل المشترك: \_\_\_\_\_
13. هل تم دفع أجور الموظفين الذين سيشترون في هذا البرنامج التي استحقوها نظير العمل بالقطعة؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فقدم بعض التفاصيل حيال ترتيبات العمل بالقطعة. قدم نسًا من أي اتفاقات أو وصف لكيفية دفع أجور الموظفين.

1. اسم الاتحاد: _____	2. اسم الاتحاد: _____
الرقم المحلي: _____	الرقم المحلي: _____
الاسم: _____	الاسم: _____
المنصب: _____	المنصب: _____
الشارع: _____	الشارع: _____
المدينة: _____	المدينة: _____
الولاية: _____ الرمز البريدي: _____	الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ امتداد _____	رقم الهاتف: _____ امتداد _____
التوقيع: _____	التوقيع: _____

إذا كان لديك المزيد من وكلاء المفاوضة الجماعية، فقدم المعلومات الخاصة بهم في صفحة منفصلة وألحقها بهذا الطلب.

#### إقرار جهة العمل

أقر بما يلي:

- لن يتم الإلغاء أو التقليل للتأمين الصحي، أو التأمين الطبي، أو المعاش، أو أي استحقاقات للموظفين جانبية سارية قبل طلب برنامج العمل المشترك هذا ما لم يتم الإلغاء أو التقليل لهذه الاستحقاقات على كل القوى العاملة.
- قام الاتحاد (الاتحادات) الذي يمثل الموظفين المحددين كمشاركين بمراجعة الخطة وقدم موافقة كتابية عليها. سوف يتم الاحتفاظ بهذه الموافقة وتقديمها عند الطلب.
- سوف أقوم بتسريح العمال إذا لم تتم الاستعانة بخدمات برنامج العمل المشترك.
- تتساوى ساعات العمل المقللة أو المقيدة لكافة الموظفين المدرجين في برنامج العمل المشترك مع ساعات العمل التي ستتم خسارتها بسبب العمال المُسرحين.
- لن يتم تعيين أي موظفين جدد في المجموعة المتأثرة طوال فترة الخطة.
- يجوز تحصيل مبالغ إعانات برنامج العمل المشترك من حساب التأمين ضد البطالة الخاص بي (الاختبار مقدر أو واجب السداد).
- أوافق على أنه لن يحصل أي مشارك في البرنامج على إجمالي أكثر من إعانات لستة وعشرين أسبوعًا، باستثناء أسبوع الانتظار.
- لقد قدمت إخطارًا بخطة برنامج العمل المشترك المقترحة للقوى العاملة لدي.
- أنا غير قادر على تقديم مثل هذا الإخطار، لذا قدمت توضيحًا في صفحة منفصلة وألحقها بهذا الطلب.
- لقد قدمت تقديرًا دقيقًا لعدد الموظفين الذين يمكن تسريحهم إذا عجزت عن المشاركة في برنامج العمل المشترك عند الإجابة عن السؤال 12.
- سوف تتسق شروط هذه الخطة وعملية تنفيذها بالكامل مع توجيهات جهة العمل بموجب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية السارية.
- سوف يتسلم المفوض التقارير اللازمة عن عملية الإدارة الصحيحة للخطة عند الطلب. بإمكان المفوض الوصول إلى كافة السجلات اللازمة من أجل التحقق من الخطة قبل الموافقة ولتقييم استخدامها.

توقيع المسؤول في المؤسسة أو المالك الوحيد أو الشريك العام:

\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ قم بكتابة أو طباعة الاسم: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ المنصب: \_\_\_\_\_