

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

শেয়ার্ডওয়ার্ক প্রকল্পের আবেদন পত্র

নির্দেশাবলী:

- কালো কালিতে লিখুন বা প্রিন্ট করুন। উভয় পৃষ্ঠাই সম্পূর্ণ করুন।
- ফরমটি স্বাক্ষর করে সম্পূর্ণ করে উপরের ঠিকানায় পাঠান বা এখানে ফ্যাক্স করুন: (518) 485-6172।
- পরিকল্পনার শুরুর তিন সপ্তাহ আগে সোমবারের মধ্যে শ্রম দপ্তরের কাছে এই আবেদন পত্র পাঠাতে হবে।
 - পরিকল্পনা শুরুর তারিখের চার (4) সপ্তাহের আগে পাঠানো হলে তা বিবেচনা করা হবে না।

কর্মীর তথ্য

1. নিয়োগকর্তার নাম: _____
2. নিয়োগকারীর রেজিস্ট্রেশন নম্বর: _____ - _____ 3. অবস্থানের কোড, যদি থাকে: 9 8 - _____

পরিকল্পনার তথ্য

4. এই আবেদন পত্রটি হলো এর জন্য (একটিতে টিক দিন): নতুন পরিকল্পনা কোনও পরিকল্পনার সংশোধন
5. কোন তারিখে আপনি এই পরিকল্পনা শুরু করবেন ভাবছেন? সোমবার হওয়া আবশ্যিক। _____

যোগাযোগের তথ্য

6. যে ব্যক্তির সঙ্গে যোগাযোগ করতে হবে তার নাম: _____
7. পদমর্যাদা: _____
8. ইমেল: _____
9. চিঠি পাঠানোর ঠিকানা:
- 9a. নম্বর ও রাস্তা: _____
- 9b. সিটি: _____ 9c. স্টেট: _____ 9d. জিপ: _____
10. এরিয়া কোড সহ বিজনেস ফোন: _____ এক্সটেনশন _____

কর্মীর তথ্য

11. নিউ ইয়র্ক স্টেটে আপনার কর্মীর সংখ্যা কত? _____
12. কতজন কর্মীকে শেয়ার্ড ওয়ার্ক প্রকল্প ছাড়া সাময়িকভাবে ছাঁটাই করা হয়েছে অনুগ্রহ করে সেটির হিসেব করুন: _____
13. এমন কোনও কর্মী আছে কী যে এই প্রকল্পে অংশ নিয়েছে এবং কাজের হিসেবে বেতন পায়? হ্যাঁ না

হ্যাঁ হলে, কাজের ব্যবস্থা সম্পর্কে বিস্তারিত বিবরণ জানান। কীভাবে কর্মীদের বেতন দেয়া হয় সেই সম্পর্কিত কোনও চুক্তি বা বর্ণনার কপি প্রদান করুন।

14 সম্মিলিত দরকষাকষি এজেন্ট(দের) সম্মতি

1. ইউনিয়নের নাম: _____

স্থানীয় সংখ্যা: _____

নাম: _____

পদমর্যাদা: _____

রাস্তা: _____

সিটি: _____

স্টেট: _____ জিপ: _____

ফোন: _____ এক্সটেনশন _____

স্বাক্ষর: _____

2. ইউনিয়নের নাম: _____

স্থানীয় সংখ্যা: _____

নাম: _____

পদমর্যাদা: _____

রাস্তা: _____

সিটি: _____

স্টেট: _____ জিপ: _____

ফোন: _____ এক্সটেনশন _____

স্বাক্ষর: _____

যদি আপনার অতিরিক্ত সম্মিলিত দরকষাকষি এজেন্ট থাকে, তাহলে একটি পৃথক পত্রকে তাদের তথ্য প্রদান করুন এবং এই আবেদন পত্রের সঙ্গে সংযুক্ত করুন।

নিয়োগকর্তা শংসায়ন

আমি নিম্নলিখিত প্রত্যায়িত করছি:

- A. এই শেয়ার্ড ওয়ার্ক আবেদনের আগে কর্মীদের স্বাস্থ্য বিমা, চিকিৎসা বিমা, অবসর ভাতা বা অন্যান্য সুবিধা বন্ধ করা হবে না, যদি না সমগ্র কর্মশক্তির ক্ষেত্রে সুবিধা বন্ধ না করা হয়।
- B. ইউনিয়ন যে সব কর্মীদের প্রতিনিধি করছে তাদেরকে অংশগ্রহণকারী হিসাবে পর্যালোচনা করা হয়েছে এবং পরিকল্পনার লিখিত সম্মতি প্রদান করা হয়েছে। এই সম্মতি রাখা হবে এবং অনুরোধের ভিত্তিতে প্রদান করা হবে।
- C. শেয়ারড ওয়ার্ক প্রকল্প ছাড়া, আমি কর্মীদের সাময়িক ছাঁটাই করবো।
 - এই শেয়ারড ওয়ার্ক প্রকল্পে অন্তর্ভুক্ত সমস্ত কর্মীদের কম করা ও সীমিত সময় হলো ছাঁটাই করা কর্মীদের কাজ করার সময়ের সমান।
- D. পরিকল্পনার সময়কালে ক্ষতিগ্রস্ত গোষ্ঠীর জন্য অতিরিক্ত কর্মীদের নিয়োগ করা হবে না।
- E. শেয়ার্ড ওয়ার্কের সুবিধার পেমেন্ট আমার বেকার ভাতা অ্যাকাউন্টে চার্জ করা হবে (অভিজ্ঞতা রোট করা বা পরিশোধ যোগ্য)।
- F. আমি সম্মত হচ্ছি যে প্রকল্পের কোনও অংশগ্রহণকারী অপেক্ষামান সপ্তাহ বাদে মোট ছাব্বিস সপ্তাহের বেশি সুবিধা পাবে।
- G. আমি আমার কর্মীদেরকে প্রস্তাবিত শেয়ার্ড ওয়ার্ক পরিকল্পনা সম্পর্কে জানিয়েছি।
 - যদি এই ধরনের তথ্য জানাতে না পারি, তাহলে এই আবেদনের সঙ্গে একটি আলাদা পাতায় ব্যাখ্যা প্রদান করে দিয়েছি।
- H. যদি শেয়ার্ড ওয়ার্ক প্রকল্পে অংশ না নিতে পারি, আমি 12 নম্বর প্রশ্নের উত্তরের ক্ষেত্রে কতজন কর্মীকে সাময়িক ছাঁটাই করেছি তা সম্পর্কে সঠিক হিসাব দিয়েছি।
- I. এই পরিকল্পনার শর্তাবলী এবং বাস্তবায়ন প্রয়োজ্য ফেডারেল এবং স্টেটের আইনের অধীনে নিয়োগকর্তার বাধ্যবাধকতা মেনে করতে হবে।
- J. কমিশনার অনুরোধের ভিত্তিতে পরিকল্পনার সঠিক প্রশাসনের জন্য প্রয়োজনীয় রিপোর্ট পাঠাবে। অনুমোদনের আগে যাচাই করতে এবং এর ব্যবহার মূল্যায়ন করতে কমিশনার সমস্ত প্রয়োজনীয় রেকর্ড অ্যাক্সেস করতে পারবেন।

কর্পোরেট অফিসার, একক স্বত্বাধিকারী বা সাধারণ অংশীদারের স্বাক্ষর:

_____ তারিখ: _____

নাম লিখুন অথবা প্রিন্ট করুন: _____

পদমর্যাদা: _____