

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

Αίτηση για Πρόγραμμα Μερικής Απασχόλησης

Οδηγίες:

- Δακτυλογραφήστε ή γράψτε με μαύρο μελάνι. Συμπληρώστε και τις δύο σελίδες.
- Επιστρέψτε το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο στη διεύθυνση που παρατίθεται πιο πάνω ή στείλτε το με φαξ στον αριθμό (518) 485-6172.
- **Το Υπουργείο Εργασίας πρέπει να έχει την αίτηση αυτή μέχρι τη Δευτέρα τρεις εβδομάδες πριν την ημερομηνία έναρξης του προγράμματος.**
 - ο Οι αιτήσεις που θα σταλούν τέσσερις (4) πριν την ημερομηνία έναρξης του προγράμματος δεν θα ληφθούν υπόψη.

Στοιχεία εργοδότη

1. Επωνυμία εργοδότη: _____
2. Αριθμός μητρώου εργοδότη: _____ - _____
3. Κωδικός τοποθεσίας, αν υπάρχει: 9 8 - _____

Πληροφορίες για το πρόγραμμα

4. Η παρούσα αίτηση είναι για (επιλέξτε ένα από τα δύο): Νέο πρόγραμμα Τροποποίηση υπάρχοντος προγράμματος
5. Ποια ημερομηνία θέλετε να αρχίσει αυτό το πρόγραμμα; Πρέπει να είναι Δευτέρα. _____

Στοιχεία επικοινωνίας

6. Όνομα υπεύθυνου επικοινωνίας: _____
7. Τίτλος θέσης: _____
8. Διεύθυνση email: _____
9. Ταχυδρομική διεύθυνση:
 - 9α. Οδός και αριθμός: _____
 - 9β. Πόλη: _____
 - 9γ. Πολιτεία: _____
 - 9δ. Ταχ. κωδ.: _____
10. Αριθμός τηλεφώνου εργασίας με κωδικό περιοχής: _____ εσωτερικό _____

Στοιχεία εργοδότη

11. Πόσους υπαλλήλους έχετε στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης; _____
12. Υπολογίστε πόσοι εργαζόμενοι θα είχαν απολυθεί χωρίς το Πρόγραμμα Μερικής Απασχόλησης: _____
13. Υπάρχουν εργαζόμενοι που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα αυτό με αμοιβές κατά μονάδα εργασίας;
 Ναι Όχι

Αν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες όσον αφορά τις διευθετήσεις για αμοιβή κατά μονάδα εργασίας. Δώστε αντίγραφα συμφωνιών που ίσως έχουν συναφθεί ή περιγραφές των διευθετήσεων για τον τρόπο αμοιβής των εργαζομένων.

14 Συγκατάθεση εκπροσώπου(-ων) σε συλλογικές διαπραγματεύσεις

1. Ονομασία συνδικάτου: _____	2. Ονομασία συνδικάτου: _____
Τοπικός αριθμός: _____	Τοπικός αριθμός: _____
Όνομα: _____	Όνομα: _____
Τίτλος θέσης: _____	Τίτλος θέσης: _____
Οδός: _____	Οδός: _____
Πόλη: _____	Πόλη: _____
Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ.: _____	Πολιτεία: _____ Ταχ. κωδ.: _____
Τηλέφωνο: _____ εσωτερικό _____	Τηλέφωνο: _____ εσωτερικό _____
Υπογραφή: _____	Υπογραφή: _____

Αν έχετε πρόσθετους εκπροσώπους σε συλλογικές διαπραγματεύσεις, παραθέστε τα στοιχεία τους σε χωριστό φύλλο και επισυνάψτε το στην παρούσα αίτηση.

Βεβαίωση εργοδότη

Βεβαιώνω τα εξής:

- A. Οι παροχές ασφάλισης υγείας και ιατρικής ασφάλισης, οι συνταξιοδοτικές αποδοχές ή όσα άλλα επιδόματα ίσχυαν πριν την εφαρμογή του συγκεκριμένου Προγράμματος Μερικής Απασχόλησης δεν θα καταργηθούν ούτε θα μειωθούν, εκτός αν οι εν λόγω παροχές καταργηθούν ή μειωθούν για όλο το προσωπικό.
- B. Τα συνδικάτα που εκπροσωπούν τους εργαζόμενους και έχουν καθοριστεί ως συμμετέχοντες έχουν εξετάσει το πρόγραμμα και έχουν δώσει τη γραπτή συγκατάθεσή τους. Η συγκατάθεση αυτή θα διατηρηθεί και θα προσκομιστεί σε περίπτωση σχετικού αιτήματος.
- C. Χωρίς το Πρόγραμμα Μερικής Απασχόλησης, θα είχα απολύσει εργαζόμενους.
 - Οι μειωμένες ή περιορισμένες ώρες για όλους τους εργαζόμενους που συμπεριλαμβάνονται στο εν λόγω Πρόγραμμα Μερικής Απασχόλησης ισοδυναμούν με τις ώρες που θα χανόντουσαν από τους απολυμένους εργαζόμενους.
- D. Δεν θα προσληφθούν πρόσθετοι εργαζόμενοι για την επηρεαζόμενη ομάδα κατά τη διάρκεια ισχύος του προγράμματος.
- E. Τα καταβαλλόμενα ποσά για παροχές βάσει του Προγράμματος Μερικής Απασχόλησης θα χρεώνονται στον προσωπικό λογαριασμό μου για την ασφάλιση ανεργίας (αξιολογημένα βάσει του ιστορικού χρήσης του προγράμματος ή επιστρεπτέα ποσά).
- F. Συμφωνώ ότι κανένας συμμετέχων στο πρόγραμμα δεν πρέπει να λάβει συνολικά παροχές για περισσότερες από είκοσι έξι εβδομάδες, από τις οποίες εξαιρείται η εβδομάδα αναμονής.
- G. Έχω δώσει στο προσωπικό μου γνωστοποίηση για το προτεινόμενο Πρόγραμμα Μερικής Απασχόλησης.
 - Αν αδυνατώ να δώσω την εν λόγω γνωστοποίηση, έχω δώσει μια επεξήγηση σε χωριστό φύλλο που περιλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση.
- H. Έχω δώσει στην ερώτηση 12 μια επακριβή εκτίμηση του αριθμού των εργαζομένων που θα απολύονταν αν δεν μου δοθεί η δυνατότητα να συμμετάσχω στο Πρόγραμμα Μερικής Απασχόλησης.
- I. Οι όροι και η υλοποίηση του εν λόγω προγράμματος θα είναι σε πλήρη συμμόρφωση με τις υποχρεώσεις των εργοδοτών βάσει της ισχύουσας ομοσπονδιακής και πολιτειακής νομοθεσίας.
- J. Ο Επίτροπος θα λαμβάνει τις αναφορές που είναι απαραίτητες για την ενδεδειγμένη διαχείριση του προγράμματος κατόπιν σχετικού αιτήματός του. Ο Επίτροπος θα έχει δικαίωμα πρόσβασης σε όλα τα αρχεία που χρειάζεται για να επαληθεύσει το πρόγραμμα πριν την έγκρισή του και να αξιολογήσει τη χρήση του.

Υπογραφή εκτελεστικού στελέχους, υπεύθυνου ατομικής επιχείρησης ή ομόρρυθμου εταίρου:

_____ Ημερομηνία: _____

Δακτυλογραφήστε ή γράψτε το ονοματεπώνυμό σας ολογράφως: _____

Τίτλος θέσης: _____