

# WE ARE YOUR DOL



Department  
of Labor

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

## Shared Work Program (साझा कार्य कार्यक्रम) आवेदन

### निर्देश:

- काली स्याही से टाइप या प्रिंट करें। दोनों पेज को पूरा करें।
- ऊपर के पते पर पूर्ण और हस्ताक्षरित फॉर्म भेजें या (518) 485-6172 पर फैक्स करें।
- योजना के शुरू होने की तिथि से तीन सप्ताह पहले सोमवार तक श्रम विभाग के पास यह आवेदन होना चाहिए।
  - योजना शुरू होने की तारीख से चार (4) सप्ताह पहले भेजे गए आवेदनों पर विचार नहीं किया जाएगा।

### नियोक्ता संबंधी जानकारी

1. नियोक्ता का नाम: \_\_\_\_\_
2. नियोक्ता पंजीकरण संख्या: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. लोकेशन कोड, यदि कोई हो: 9 8 - \_\_\_\_\_

### योजना की जानकारी

4. यह आवेदन इसके लिए है (किसी एक पर निशान लगाएं):  नयी योजना  मौजूदा योजना की संशोधन
5. किस तिथि को आप इस योजना शुरू करना चाहते हैं? यह सोमवार ही होना चाहिए। \_\_\_\_\_

### संपर्क जानकारी

6. संपर्क व्यक्ति का नाम: \_\_\_\_\_
7. पदनाम: \_\_\_\_\_
8. ईमेल: \_\_\_\_\_
9. डाक पता:
  - 9a. नंबर और स्ट्रीट: \_\_\_\_\_
  - 9b. शहर: \_\_\_\_\_
  - 9c. राज्य: \_\_\_\_\_
  - 9d. ज़िप: \_\_\_\_\_
10. एरिया कोड के साथ व्यवसाय फ़ोन: \_\_\_\_\_ एक्सटेंशन \_\_\_\_\_

### कर्मचारी की जानकारी

11. न्यूयॉर्क राज्य में आपके पास कितने कर्मचारी हैं? \_\_\_\_\_
12. कृपया अनुमान बताएं कि साझा कार्य कार्यक्रम के बिना कितने कर्मचारियों की छंटनी की गई होगी: \_\_\_\_\_
13. क्या इस कार्यक्रम में भाग लेने वाले किसी भी कर्मचारी को पीस वर्क से अर्जित वेतन का भुगतान किया गया है?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो पीस वर्क व्यवस्था के बारे में विवरण दें। किसी भी समझौते की प्रतियां या कर्मचारियों को भुगतान कैसे किया जाता है इसका विवरण प्रदान करें।

## 14 सामूहिक सौदेबाज़ी एजेंट की सहमति

1. यूनियन का नाम: \_\_\_\_\_

स्थानीय नंबर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

पदनाम: \_\_\_\_\_

स्ट्रीट: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_

राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

फ़ोन: \_\_\_\_\_ एक्सटेंशन \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

2. यूनियन का नाम: \_\_\_\_\_

स्थानीय नंबर: \_\_\_\_\_

नाम: \_\_\_\_\_

पदनाम: \_\_\_\_\_

स्ट्रीट: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_

राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप: \_\_\_\_\_

फ़ोन: \_\_\_\_\_ एक्सटेंशन \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

यदि आपके पास अतिरिक्त सामूहिक सौदेबाज़ी एजेंट हैं, तो उनकी जानकारी एक अलग शीट पर प्रदान करें और इसे इस आवेदन के साथ संलग्न करें।

### नियोक्ता का सत्यापन:

मैं निम्नलिखित को प्रमाणित करता हूँ:

- A. इस साझा कार्य आवेदन से पहले के प्रभावी कर्मचारियों के स्वास्थ्य बीमा, चिकित्सा बीमा, सेवानिवृत्ति या किसी भी अन्य अनुषंगी लाभ को तब तक समाप्त या कम नहीं किया जाएगा जब तक कि इस तरह के लाभों को पूरे कार्यबल के लिए समाप्त या कम नहीं किया जाता है।
- B. प्रतिभागियों के रूप में पहचाने गए कर्मचारियों का प्रतिनिधित्व करने वाली यूनियनों ने योजना की समीक्षा की और लिखित सहमति प्रदान की है। इस सहमति को रखा जाएगा और अनुरोध पर प्रस्तुत किया जाएगा।
- C. साझा कार्य कार्यक्रम के बिना, मैं कर्मचारियों की छंटनी करूंगा।
  - इस साझा कार्य कार्यक्रम में शामिल सभी कर्मचारियों के घटाए गए या सीमित घंटे उन घंटों के बराबर हैं जो हटाए गए कर्मचारियों के समाप्त हो जाएंगे।
- D. योजना की अवधि में प्रभावित समूह के लिए अतिरिक्त कर्मचारियों को काम पर नहीं रखा जाएगा।
- E. साझा कार्य लाभ भुगतान मेरे बेरोजगारी बीमा खाते (अनुभव रेटेड या प्रतिपूर्ति योग्य) से लिए जा सकते हैं।
- F. मैं सहमत हूँ कि कार्यक्रम के किसी भी प्रतिभागी को प्रतीक्षा सप्ताह को छोड़कर छब्बीस सप्ताह से अधिक का लाभ नहीं मिलेगा।
- G. मैंने अपने कार्यबल को प्रस्तावित Shared Work Plan (साझा कार्य योजना) की अधिसूचना प्रदान की है।
  - अगर मैं इस तरह की अधिसूचना प्रदान करने में असमर्थ हूँ, तो मैंने इस आवेदन के साथ शामिल एक अलग शीट पर स्पष्टीकरण प्रदान किया है।
- H. मैंने प्रश्न 12 में उन कर्मचारियों की संख्या का सटीक अनुमान प्रदान किया है जिन्हें साझा कार्य कार्यक्रम में भाग लेने में असमर्थ रहने पर नौकरी से निकाल दिया जाएगा।
- I. इस योजना की शर्तें और कार्यान्वयन लागू संघीय और राज्य कानूनों के तहत नियोक्ता के दायित्वों का पूरी तरह से पालन करेंगे।
- J. आयुक्त अनुरोध पर योजना के उचित प्रशासन के लिए आवश्यक रिपोर्ट प्राप्त करेंगे। आयुक्त अनुमोदन से पहले योजना को सत्यापित करने और इसके उपयोग का मूल्यांकन करने के लिए आवश्यक सभी अभिलेखों तक पहुंच सकते हैं।

कॉर्पोरेट अधिकारी, एकमात्र मालिक या सामान्य भागीदार के हस्ताक्षर:

\_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_  
नाम टाइप या प्रिंट करें: \_\_\_\_\_  
पदनाम: \_\_\_\_\_