

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

Wniosek w ramach Programu Pracy Wspólnej

Instrukcje:

- Wydrukować lub wypełnić drukowanymi literami w czarnym kolorze. Uzupełnić obie strony.
- Wypełniony wniosek należy przesłać na poniższy adres lub przefaksować pod numer (518) 485-6172.
- **Departament Pracy musi otrzymać wniosek do poniedziałku na trzy tygodnie przed datą rozpoczęcia programu.**
 - Wnioski wysłane cztery (4) tygodnie przed datą rozpoczęcia programu nie będą rozpatrywane.

Informacje o pracodawcy

1. Nazwa pracodawcy: _____
2. Numer rejestracyjny pracodawcy: ____ - _____
3. Kod lokalizacji, jeżeli istnieje: 9 8 - _____

Informacje o programie

4. Niniejszy wniosek dotyczy (zaznaczyć jedną odpowiedź):
 Nowego programu Modyfikacji bieżącego programu
5. W którym dniu chcą Państwo rozpocząć program? Data musi przypadać w poniedziałek. _____

Informacje kontaktowe

6. Imię i nazwisko osoby kontaktowej: _____
7. Stanowisko: _____
8. E-mail: _____
9. Adres korespondencyjny:
 - 9a. Numer i ulica: _____
 - 9b. Miasto: _____
 - 9c. Stan: _____
 - 9d. Kod pocztowy: _____
10. Telefon służbowy wraz z numerem kierunkowym: _____ wewn. _____

Informacje o pracownikach

11. Ilu pracowników zatrudniają Państwo w Stanie Nowy Jork _____
12. Proszę oszacować, ilu pracowników zostałoby zwolnionych bez Państwa udziału w Programie Pracy Wspólnej: _____
13. Czy pracownicy, którzy wezmą udział w tym programie, otrzymują wynagrodzenie z tytułu pracy na akord?
 Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać szczegóły dotyczące uzgodnień związanych z pracą na akord. Proszę dostarczyć kopie wszelkich umów lub opisów sposobów, w jakie pracownicy otrzymują wynagrodzenie.

14 Zgoda agenta/agentów ds. układów zbiorowych

1. Nazwa związku zawodowego: _____

Numer lokalny: _____

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____

Ulica: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Telefon: _____ wewn. _____

Podpis: _____

2. Nazwa związku zawodowego: _____

Numer lokalny: _____

Imię i nazwisko: _____

Stanowisko: _____

Ulica: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Telefon: _____ wewn. _____

Podpis: _____

Jeśli współpracują Państwo z dodatkowymi Agentami ds. układów zbiorowych, prosimy o podanie informacji o nich na oddzielnym arkuszu, a następnie dołączenie go do niniejszego formularza.

Oświadczenie pracodawcy

Oświadczam, że:

- A. Ubezpieczenie zdrowotne pracowników, ubezpieczenie medyczne, emerytalne lub inne świadczenia dodatkowe obowiązujące przed złożeniem wniosku w ramach Programu Pracy Wspólnej nie zostaną wyeliminowane ani zmniejszone, chyba że takie świadczenia zostaną wyeliminowane lub zmniejszone dla całej siły roboczej.
- B. Związek (związki) zawodowy reprezentujący pracowników zidentyfikowanych jako uczestnicy programu dokonał przeglądu i wyraził pisemną zgodę na niniejszy program. Zgoda ta zostanie zachowana i wydana na żądanie.
- C. Bez udziału w Programie Pracy Wspólnej zwolniłbym pracowników.
 - Pomniejszony lub ograniczony wymiar godzin pracy dla wszystkich pracowników uczestniczących w niniejszym Programie Pracy Wspólnej jest równy godzinom, które zostałyby utracone w przypadku zwolnień pracowników.
- D. Na czas trwania programu w grupie, której dotyczy problem, nie zostaną zatrudnieni nowi pracownicy.
- E. Świadczenia z tytułu udziału w Programie Pracy Wspólnej mogą być pobierane z mojego konta zasiłku dla bezrobotnych (wyliczane w oparciu o dotychczasowe wyniki lub podlegające zwrotowi).
- F. Zgadzam się, że żaden uczestnik programu nie otrzyma świadczeń przez czas dłuższy niż dwadzieścia sześć tygodni łącznie, z wyłączeniem tygodnia oczekiwania.
- G. Przekazałem powiadomienie o Programie Pracy Wspólnej moim pracownikom.
 - Jeśli nie mogę dostarczyć takiego powiadomienia, przedstawiłem wyjaśnienie na oddzielnym arkuszu dołączonym do niniejszego wniosku.
- H. W pytaniu 12 przedstawiłem dokładne oszacowanie liczby pracowników, którzy zostaną zwolnieni, jeśli nie będę mógł uczestniczyć w Programie Pracy Wspólnej.
- I. Warunki i wdrożenie tego programu będą w pełni zgodne z obowiązkami pracodawcy na podstawie obowiązujących przepisów federalnych i stanowych.
- J. Komisarz otrzyma na żądanie sprawozdania niezbędne do właściwego zarządzania programem. Komisarz może uzyskać dostęp do wszystkich rejestrów niezbędnych do zweryfikowania programu przed zatwierdzeniem, jak i do oceny jego wykorzystania.

Podpis Członka Zarządu, Przedsiębiorcy lub Komplementariusza:

_____ Data: _____

Imię i nazwisko literami drukowanymi lub drukiem: _____

Stanowisko: _____