

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

Заявление об участии в программе «Общая работа» (Shared Work)

Инструкции:

- Заполняйте разборчиво печатными буквами черными чернилами. Заполните обе страницы.
- Верните заполненное и подписанное заявление в указанный выше адрес или отправьте его по факсу на номер (518) 485-6172.
- **Департамент труда должен получить заявление до понедельника, за три недели до даты вступления плана в силу.**
 - Заявления, полученные за четыре (4) недели до даты вступления плана в силу не будут рассматриваться.

Данные работодателя

1. Работодатель: _____
2. Регистрационный номер работодателя: _____ - _____ 3. Код размещения, если есть: 9 8 - _____

Информация о плане

4. Настоящее заявление подается в отношении/для (отметьте один пункт):
 Нового плана Внесения изменений в существующий план
5. Укажите желаемую дату вступления плана в силу. Днем вступления плана в силу должен быть понедельник.

Контактные данные

6. Контактное лицо: _____
7. Должность: _____
8. Электронная почта: _____
9. Почтовый адрес:
 - 9a. Номер дома и улица: _____
 - 9b. Город: _____ 9c. Штат: _____ 9d. Почтовый индекс: _____
10. Рабочий телефон с кодом зоны: _____ доб. _____

Данные о работниках

11. Укажите количество ваших работников на территории штата Нью-Йорк. _____
12. Укажите примерное количество работников, которые вынуждены были бы прекратить работу без программы «Общая работа»: _____
13. Работники, которые примут участие в этой программе, получают заработную плату за сдельную работу?
 Да Нет

Если да, приведите условия сдельной работы. Приложите копии любых соглашений или описание порядка начисления и выплаты заработной платы.

14 Виза представителя(-ей) профсоюза(-ов)

1. Профсоюз: _____

Номер местного отделения: _____

Фамилия, имя: _____

Должность: _____

Улица: _____

Город: _____

Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ доб. _____

Подпись: _____

2. Профсоюз: _____

Номер местного отделения: _____

Фамилия, имя: _____

Должность: _____

Улица: _____

Город: _____

Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ доб. _____

Подпись: _____

Данные дополнительных представителей профсоюзов, можно указать на отдельных листа, которые необходимо приложить к заявлению.

Декларация работодателя

Я подтверждаю следующее:

- A. Страхование здоровья, медицинское страхование, пенсия и прочие дополнительные льготы, которые работник имел до подачи заявления в программу «Общая работа», не будут аннулированы или сокращены, если только они не аннулированы или сокращены для всей рабочих и служащих.
- B. Представители профсоюза(-ов), представляющего(-их) работников, которые обозначены в качестве участников, просмотрели план и в письменном виде его завизировали. Соответствующая виза сохраняется и предъявляется по запросу.
- C. Не участвуя в программе «Общая работа», я бы увольнял(а) работников.
 - Количество сокращенных или ограниченных часов, которые относятся ко всем работникам, участвующим в программе «Общая работа», соответствует количеству часов, которые были бы потеряны для уволенных работников.
- D. Наем дополнительных работников в целевую группу на протяжении действия плана не предусматривается.
- E. Выплата льгот в рамках программы «Общая работа» обеспечивается с моего счета страхования по безработице (выплаты с учетом опыта или возмещаемые выплаты).
- F. Я согласен(-на), что участники программы не получают льготы в размере свыше общей суммы, начисляемой за двадцать шесть недель, за исключением недели ожидания.
- G. Я предоставил(а) уведомление с предлагаемым планом по программе «Общая работа» моим работникам.
 - Если я не могу предоставить такое уведомление, я предоставил(а) разъяснение на отдельной странице, которое прилагается к данному заявлению.
- H. В вопросе 12 я привел(а) расчет количество работников, которых мне пришлось бы уволить, если я не принимал(а) бы участие в программе «Общая работа».
- I. Условия и внедрение данного плана будут полностью соответствовать обязательствам работодателя в контексте применимых федеральных и региональных (уровень штата) законов.
- J. Глава Департамента получит необходимые отчеты для администрирования плана по запросу. Глава Департамента имеет доступ к любым записям, необходимым для контроля плана до его утверждения, а также в процессе его реализации.

Подпись компетентного должностного лица корпорации, единственного собственника или генерального партнера:

_____ Дата: _____

Имя, фамилия разборчиво, печатными буквами: _____

Должность: _____