

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

بے روزگاری انشورنس ڈویژن
ذمہ داری اور حتمی فیصلے کا سیکشن
ہریمن اسٹیٹ آفس کیمپس
Albany, NY 12226
(518) 457-2635

مشترکہ کام کے پروگرام کی درخواست

ہدایات:

سیاہ روشنائی سے ٹائپ کریں یا اس میں پرنٹ کریں۔ دونوں صفحات مکمل کریں۔
مکمل شدہ اور دستخط شدہ فارم کو اوپر والے پتے پر واپس بھیجیں یا 6172-485-6172 (518) پر فیکس کریں۔
محکمہ مزدور کے پاس یہ درخواست پلان کے شروع ہونے کی تاریخ سے تین ہفتے پہلے پیر تک ہونی چاہیے۔
○ پلان کی تاریخ شروع ہونے سے چار (4) ہفتے پہلے بھیجی گئی درخواستوں پر غور نہیں کیا جائے گا۔

آجر کی معلومات

1. آجر کا نام: _____
2. آجر کا رجسٹریشن نمبر: _____ - _____
3. مقام کا کوڈ، اگر کوئی ہے: 89 - _____

پلان سے متعلق معلومات

4. یہ درخواست اس (ایک کو نشان زد کریں) کے لیے ہے: نیا پلان موجودہ پلان میں ترمیم
5. آپ کس تاریخ کو یہ پلان شروع کرنا چاہتے ہیں؟ وہ پیر کا دن ہونا چاہیے۔ _____

رابطہ کی معلومات

6. رابطہ کار شخص کا نام: _____
7. عنوان: _____
8. ای میل: _____
9. ڈاک کا پتہ: _____
- a9. نمبر اور گلی: _____
- b9. شہر: _____ c9. ریاست: _____ d9. زپ: _____
10. علاقہ کے کوڈ کے ساتھ کاروباری ادارے کا فون: _____ ایکسٹینشن۔ _____

ملازم کی معلومات

11. نیویارک اسٹیٹ میں آپ کے پاس کتنے ملازمین ہیں؟ _____
 12. براہ کرم اندازہ لگائیں کہ مشترکہ کام کے پروگرام کے بغیر کتنے ملازمین کو عارضی طور پر فارغ کیا گیا ہوگا: _____
 13. کیا کوئی بھی ملازمین جو اس پروگرام میں حصہ لیں گے انہیں ٹکڑوں کے کام سے کمائی گئی اجرت ادا کی جائے گی؟ ہاں نہیں
- اگر ہاں ہے تو، کام کے انتظامات کے بارے میں تفصیلات فراہم کریں۔ کسی بھی معاہدوں کی کاپیاں یا ملازمین کو ادائیگی تنخواہ دیے جانے کے طریقے کی وضاحتیں فراہم کریں۔

14 اجتماعی سودے بازی کے ایجنٹ (ایجنٹوں) کی رضامندی

1. یونین کا نام: _____	2. یونین کا نام: _____
مقامی نمبر: _____	مقامی نمبر: _____
نام: _____	نام: _____
عنوان: _____	عنوان: _____
گلی: _____	گلی: _____
شہر: _____	شہر: _____
ریاست: _____	ریاست: _____
زپ: _____	زپ: _____
فون: _____	فون: _____
ایکسٹینشن: _____	ایکسٹینشن: _____
دستخط: _____	دستخط: _____

اگر آپ کے پاس اضافی اجتماعی سودے بازی کے ایجنٹس ہیں، تو ان کی معلومات ایک علیحدہ شیٹ پر فراہم کریں اور اسے اس درخواست کے ساتھ منسلک کریں۔

آجر کی تصدیق

میں مندرجہ ذیل کی تصدیق کرتا ہوں کہ:

- اس مشترکہ کام کی درخواست سے پہلے ملازمین کی ہیلتھ انشورنس، میڈیکل انشورنس، ریٹائرمنٹ یا کسی دوسرے اضافی سہولتوں کو ختم یا کم نہیں کیا جائے گا جب تک کہ پورے ورک فورس کے لیے ایسے فوائد کو ختم یا کم نہ کیا جائے۔
- ملازمین کی نمائندگی کرنے والی یونین (ان) نے بطور شرکا کا جائزہ لیا ہے اور اس منصوبے کو تحریری رضامندی فراہم کی ہے۔ اس رضامندی کو برقرار رکھا جائے گا اور درخواست پر پیش کیا جائے گا۔
- مشترکہ کام کے پروگرام کے بغیر، میں کارکنوں کو عارضی طور پر فارغ کر دوں گا۔
 - اس مشترکہ کام کے پروگرام میں شامل تمام ملازمین کے لیے کم یا محدود گھنٹے ان اوقات کے برابر ہیں جو عارضی طور پر کام سے فارغ کیے گئے کارکنوں سے ختم ہو جائیں گے۔
- منصوبے کی مدت کے لیے متاثرہ گروپ کے لیے اضافی ملازمین کی خدمات حاصل نہیں کی جائیں گی۔
- مشترکہ کام کے فوائد کی ادائیگی میرے بے روزگاری انشورنس اکاؤنٹ (تجربہ کی درجہ بندی کی گئی یا قابل واپسی) سے وصول کی جا سکتی ہے۔
- میں اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ پروگرام کے کسی بھی شریک کو انتظار کے ہفتے کو چھوڑ کر کُل چھبیس ہفتوں سے زیادہ فوائد حاصل نہیں ہوں گے۔
- میں نے اپنی افرادی قوت کو مجوزہ مشترکہ کام کے منصوبے کی اطلاع فراہم کر دی ہے۔
 - اگر میں ایسی اطلاع فراہم کرنے سے قاصر ہوں، تو میں نے اس درخواست کے ساتھ شامل ایک علیحدہ شیٹ پر وضاحت فراہم کی ہے۔
- میں نے سوال نمبر 12 میں ایسے ملازمین کی تعداد کا درست تخمینہ فراہم کیا ہے جن کو ملازمت سے عارضی طور پر نکال دیا جائے گا اگر میں مشترکہ کام کے پروگرام میں شرکت کرنے سے قاصر ہوں۔
- اس پلان کی شرائط اور نفاذ قابل اطلاق وفاقی اور ریاستی قوانین کے تحت آجر کی ذمہ داریوں کی مکمل تعمیل کرے گا۔
- کمشنر درخواست پر پلان کے مناسب انتظام کے لیے ضروری رپورٹس وصول کرے گا۔ کمشنر منظوری سے پہلے پلان کی تصدیق کرنے اور اس کے استعمال کا جائزہ لینے کے لیے تمام ضروری ریکارڈ تک رسائی حاصل کر سکتا ہے۔

کارپوریٹ آفیسر، اصل مالک یا جنرل پارٹنر کا دستخط:

تاریخ: _____

نام ٹائپ کریں یا چھاپیں: _____

عنوان: _____