

Ειδοποίηση προς Εργαζόμενους

Νομική Επωνυμία Εργοδότη: _____

Διεύθυνση: _____

Αριθμός εγγραφής εργοδότη (ER): _____

Εργαζόμενοι αυτής της εταιρείας: καλύπτεστε από το Νόμο περί Ασφάλισης Ανεργίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης.

- Ο εργοδότης σας δεν μπορεί να κάνει κρατήσεις από το μισθό σας για τον σκοπό αυτό.
- **Εάν απολυθείτε, εργάζεστε λιγότερο από τέσσερις ημέρες την εβδομάδα, αποχωρήσετε, παραιτηθείτε ή οι ώρες εργασίας σας μειωθούν σε 30 ή λιγότερες ανά εβδομάδα:**
 - Προμηθευτείτε το έντυπο «Αρχείο Απασχόλησης» από τον εργοδότη σας. Κρατήστε το για το αρχείο σας για να το χρησιμοποιήσετε αν κάνετε αίτηση για Ασφάλιση Ανεργίας.
 - Το έντυπο «Αρχείο Απασχόλησης» πρέπει να περιλαμβάνει το όνομα, αριθμό εγγραφής του εργοδότη σας και τη διεύθυνση όπου τηρούνται τα αρχεία μισθοδοσίας.
- **Για να υποβάλετε αίτηση για Ασφάλιση Ανεργίας:**
 - Καλέστε το τηλεφωνικό κέντρο αξιώσεων στο (888) 209-8124 (διατίθενται υπηρεσίες μετάφρασης) ή
 - Μεταβείτε στον ιστότοπό μας www.labor.ny.gov
 - Άτομα με προβλήματα ακοής που διαθέτουν εξοπλισμό τηλεφωνικής Συσκευής για Κωφούς (TTY/TDD) μπορούν να υποβάλουν αξίωση καλώντας υπηρεσία αναμετάδοσης (800) 662-1220 και ζητώντας από τον χειριστή να καλέσει το (888)783-1370. Στον αριθμό αυτό μπορούν να εξυπηρετηθούν μόνο άτομα που χρησιμοποιούν εξοπλισμό TDD.

Προς Εργοδότη: Θα πρέπει να αναρτήσετε την παρούσα αφίσα σε εμφανές σημείο σε όλους τους χώρους εργασίας.

Οι εργοδότες που χρησιμοποιούν τη συμπληρούμενη έκδοση της παρούσας αφίσας πρέπει να πιστοποιήσουν την πληρότητα και ακρίβεια της νομικής επωνυμίας, της διεύθυνσης και του αριθμού Εγγραφής Εργοδότη που εμφανίζονται. Για επιπλέον αφίσες, απευθυνθείτε στη διεύθυνση: New York State Department of Labor, Liability and Determination Section, 1220 Washington Ave., Building 12, Albany, NY 12226.