

Уведомление для сотрудников

Официальное имя/название работодателя: _____

Адрес: _____

Регистрация работодателя (ER) #: _____

Сотрудники этой фирмы: на вас распространяется Закон штата Нью-Йорк о страховании на случай безработицы.

- Ваш работодатель не может вычитать из вашей заработной платы для этой цели.
- **Если вы уволены, работаете менее четырех дней в неделю, сняты с должности, ушли со службы или количество ваших часов сокращено до 30 или менее в неделю:**
 - **Получите у своего работодателя форму «Трудовая книжка». Сохраните его для своих записей, чтобы использовать, если вы подаете заявление на получение пособия по безработице.**
 - В форме «Трудовая книжка» должны быть указаны имя вашего работодателя, регистрационный номер и адрес, по которому ведется учет заработной платы.
- **Чтобы подать заявление на страхование по безработице:**
 - Позвоните в Колл-центр обработки заявлений по телефону (888) 209-8124 (услуги переводчика доступны) или
 - Пройдите на наш веб-сайт www.labor.ny.gov
 - Лица с нарушениями слуха, у которых есть телефонное устройство для глухих (TTY/TDD), могут подать претензию, позвонив оператору ретрансляции по телефону (800) 662-1220 и запрос вызова оператора (888) 783-1370. Услуга по этому номеру предоставляется только абонентам, использующим оборудование TDD.

Работодателю: Вы должны разместить этот постер на видном месте на каждом рабочем месте.

Работодатели, использующие заполненную версию этого постера, удостоверяют полноту и точность отображаемого юридического имени, адреса и регистрации работодателя. За дополнительными постерами пишите: New York State Department of Labor, Liability and Determination Section, 1220 Washington Ave., Building 12, Albany, NY 12226.