



10α. Όνομα: \_\_\_\_\_ Τίτλος θέσης: \_\_\_\_\_  
(με κεφαλαία) (με κεφαλαία)

10β. Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Πόλη/κωμόπολη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ Ταχ. κώδικας: \_\_\_\_\_

10γ. Τηλέφωνο: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

**Η συγκεκριμένη αίτηση πρέπει να υποβληθεί με τα στοιχεία που παρατίθενται πιο κάτω και να ταχυδρομηθεί στη διεύθυνση που υποδεικνύεται στην επάνω αριστερή γωνία του παρόντος εντύπου. Όλα τα απαιτούμενα στοιχεία πρέπει να έρθουν σε έναν φάκελο. Μην υποβάλετε χωριστά κάποιο στοιχείο που αφορά την αίτηση.**

A. Ένα π πρόσφατο μηχανογραφημένο αρχείο μισθοδοσίας από οποιαδήποτε συγκεκριμένη τοποθεσία στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης. Τα αρχεία αυτά θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη διεύθυνση της τοποθεσίας όπου δουλεύουν οι εργαζόμενοι και για κάθε μεμονωμένο εργαζόμενο τα εξής στοιχεία: i) ονοματεπώνυμο και τμήμα ή επάγγελμα, ii) αμοιβές, iii) ώρες εργασίας, iv) καθαρό ποσό αμοιβών που έχουν καταβληθεί, v) αναλυτικές κρατήσεις από τις αμοιβές και vi) καθαρές αμοιβές. Μη συμπεριλάβετε τους αριθμούς κοινωνικής ασφάλισης (SSN) ή τις διευθύνσεις ή άλλα δεδομένα των εργαζομένων, τα οποία δεν παρατίθενται στην παράγραφο αυτή. Μη συμπεριλάβετε τις μισθοδοσίες από πολλαπλές περιόδους πληρωμής ή από πολλαπλές τοποθεσίες.

B. Ένα αντίγραφο του αριθμού των απασχολούμενων εργαζομένων και των αμοιβών που τους έχουν καταβληθεί όπως έχουν καταγραφεί στο έντυπο τριμηνιαίας έκθεσης NYS-45 της επιχείρησής σας για κάθε τρίμηνο κατά τη διάρκεια καθενός από τα τελευταία τρία πλήρη ημερολογιακά έτη και για κάθε συμπληρωμένο τρίμηνο του τρέχοντος ημερολογιακού έτους. Η επιχείρηση δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να υποβάλει αντίγραφο του πρωτοτύπου του εντύπου.

Τα στοιχεία θα πρέπει να παρατεθούν σε ένα λογιστικό φύλλο ή σε μορφή πίνακα με χωριστή γραμμή για κάθε τρίμηνο σε κάθε έτος όπου θα υποδεικνύονται (με τις ημερομηνίες σε αύξουσα σειρά) τα αθροίσματα για τον αριθμό των ατόμων που απασχολήθηκαν και τις αμοιβές που καταβλήθηκαν όπως αναφέρονται για κάθε έτος.

Το αντίγραφο πρέπει να συνοδεύεται από μια υπογεγραμμένη και επικυρωμένη ένορκη βεβαίωση στην οποία ο αντιπρόεδρος ή ο επικεφαλής του τμήματος της επιχείρησης που έχει την ευθύνη για την υποβολή των εντύπων NYS-45 βεβαιώνει τη γνησιότητα και την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο αντίγραφο.

Αν η επιχείρησή σας επιδιώκει να πληροί τα κριτήρια για να της εγκριθεί μια απόκλιση κάτω του ελάχιστου ορίου των 3.000 εργαζομένων που περιγράφεται πιο πάνω στο παρόν έντυπο, τότε πρέπει επίσης να υποβάλει τα αντίγραφα στην ίδια μορφή και με το ίδιο περιεχόμενο όπως έχουν συλλεχθεί από τα στοιχεία σε ανάλογα έντυπα τριμηνιαίων εκθέσεων που χρησιμοποιήθηκαν σε άλλες πολιτείες ή περιοχές.

C. Αποδεικτικά στοιχεία ότι η εταιρεία εξακολουθεί να είναι σε θέση να εκπληρώνει τις υποχρεώσεις της όσον αφορά την καταβολή των αμοιβών στους υπαλλήλους της, όπου ενδεικτικά περιλαμβάνεται μια επιστολή γνωμοδότησης από έναν ορκωτό λογιστή που επιβεβαιώνει ότι ο εργοδότης δεν έχει αθετήσει τις μισθοδοτικές υποχρεώσεις του κατά τη διάρκεια των τριών οικονομικών ετών πριν την παρούσα αίτηση.

D. Αν οι χειρώνακτες εργαζόμενοι στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης εκπροσωπούνται από κάποια συνδικαλιστική οργάνωση, ο εργοδότης πρέπει να συμπεριλάβει επιστολές από τους αρμόδιους εκπροσώπους της οργάνωσης στις οποίες δηλώνουν ότι συναινούν για τη ζητούμενη παράταση της περιόδου πληρωμής ή ένα αντίγραφο μιας σύμβασης που είναι σε ισχύ και βάσει της οποίας έχει συμφωνηθεί μια περίοδος πληρωμής κάθε δύο εβδομάδες ή δύο φορές τον μήνα.

E. Αποδεικτικά στοιχεία όσον αφορά την κάλυψη του εργοδότη για ασφάλιση αποζημίωσης εργαζομένων. Αποδεκτά είναι τα εξής έντυπα: C-105.2, U-26.3, SI-12, GSI-105.2.

**Έντυπα ασφάλισης αστικής ευθύνης της Acord δεν είναι αποδεκτά ως αποδεικτικά στοιχεία κάλυψης για αποζημίωση εργαζομένων.**

F. Αποδεικτικά στοιχεία όσον αφορά την κάλυψη του εργοδότη για ασφάλιση αναπηρίας. Αποδεκτά είναι τα εξής έντυπα: DB 120.1, DB-155.

G. Αποδεικτικά στοιχεία ότι δεν υπάρχουν εκκρεμή εντάλματα για μη καταβολή παρακρατήσεων πολιτειακών προσωπικών φόρων εισοδήματος. Μπορείτε να ζητήσετε τα εν λόγω αποδεικτικά στοιχεία γραπτώς από το Υπουργείο Φορολογίας και Οικονομικών της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (του οποίου η διεύθυνση παρατίθεται πιο κάτω), ώστε να εκδώσει μια επιστολή που θα βεβαιώνει το γεγονός αυτό. Φροντίστε να αναφέρετε τον αριθμό αναγνώρισης ομοσπονδιακού υπαλλήλου (FEIN).

H. Αποδεικτικά στοιχεία ότι δεν υπάρχουν εκκρεμή εντάλματα σε βάρος του εργοδότη για μη καταβολή εισφορών ασφάλισης ανεργίας. Το Τμήμα Ασφάλισης Ανεργίας μπορεί να παράσχει τα εν λόγω αποδεικτικά στοιχεία απευθείας σε εμάς, αν ένας αρμόδιος υπάλληλος του εργοδότη διεκπεραιώσει το συνημμένο ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ.

**Η επιστολή πρέπει να συνοδεύει την αίτηση. Μην την υποβάλετε σε χωριστό φάκελο.**

New York State Department of Tax and Finance  
Disclosure and Government Exchange  
Attention: Thomas Engle, Tax Technician III  
1220 Washington Ave.  
Building 8, Room 700  
Albany, NY 12226  
Phone: 518-530-4362

**Βεβαίωση:** Εγώ ο υπογράφων αιτών, ως αρμόδιο στέλεχος της εταιρείας αυτής, βεβαιώνω ότι ο προαναφερόμενος εργοδότης (επιλέξτε ένα από τα παρακάτω):

κατά το διάστημα των 3 ετών πριν την παρούσα αίτηση έχει απασχολήσει κατά μέσο όρο 1.000 ή περισσότερα άτομα στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης ή

επί 1 έτος πριν την παρούσα αίτηση έχει απασχολήσει κατά μέσο όρο 1.000 ή περισσότερα άτομα στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης και επί 3 έτη πριν την αίτηση έχει απασχολήσει κατά μέσο όρο 3.000 ή περισσότερα άτομα εκτός της πολιτείας.

Γνωρίζω ότι υπογράφοντας το παρόν έγγραφο χορηγώ την άδειά μου στον Επίτροπο Εργασίας για να παράσχει πρόσβαση στο αρχείο των επιδομάτων μου στο πλαίσιο της Ασφάλισης Ανεργίας (UI).

Όνομα: \_\_\_\_\_ Τίτλος θέσης: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Δεν ισχύουν τέλη για την υποβολή της αίτησης.**

## Έντυπο συγκατάθεσης – Πληροφορίες γνωστοποίησης

Με βάση την αίτηση που υποβλήθηκε

---

(Νόμιμη επωνυμία ΕΡΓΟΔΟΤΗ, με κεφαλαία)

για να πληρώνει τους χειρώνακτες εργαζομένους της κάθε δύο εβδομάδες ή δύο φορές τον μήνα,

εγώ, ο/η, \_\_\_\_\_,

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ αρμόδιου υπαλλήλου που υπογράφει το έντυπο συγκατάθεσης, με κεφαλαία)

---

(ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΣΗΣ αρμόδιου υπαλλήλου που υπογράφει το έντυπο συγκατάθεσης, με κεφαλαία)

με το παρόν έγγραφο εξουσιοδοτώ το Τμήμα Ασφάλισης Ανεργίας να γνωστοποιήσει στη Μονάδα Αδειών και Πιστοποιητικών του Τμήματος Εργασιακών Προτύπων του Υπουργείου Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης το αρχείο του, αν υπάρχει, για τις φορολογικές υποχρεώσεις του εν λόγω εργοδότη στο Τμήμα Ασφάλισης Ανεργίας.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Αριθμός αναγνώρισης ομοσπονδιακού υπαλλήλου (FEIN), με κεφαλαία)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Αριθμός αναγνώρισης ομοσπονδιακού υπαλλήλου (FEIN), με κεφαλαία)

---

Υπογραφή

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Ημερομηνία