

Demande d'autorisation de payer les travailleurs manuels moins souvent qu'une fois par semaine

Conformément à l'article 191.1(a) du Code du travail, un employeur peut bénéficier d'une dérogation si

- au cours des 3 années précédant la demande, il a employé en moyenne 1000 personnes ou plus dans cet État, ou
- au cours de l'année précédant la demande, il a employé en moyenne 1000 personnes ou plus dans cet État, et au cours des 3 années précédant la demande, il a employé en moyenne 3000 personnes ou plus en dehors de l'État.
- il fournit une preuve satisfaisante de sa capacité permanente à assumer ses responsabilités en ce qui concerne le paiement des salaires.

Veillez répondre aux questions suivantes et fournir les informations demandées afin de demander une dérogation permettant de payer les travailleurs manuels à la quinzaine ou au bimestre:

1. Nom légal de l'employeur: _____
2. Nom commercial: _____
3. Type d'organisation: Entreprise (Corporation) Gouvernement
 Société par actions à responsabilité limitée (Limited Liability Company)
 Société en nom collectif à responsabilité limitée (Limited Liability Partnership)
 Société en nom collectif (Partnership) Entreprise individuelle (Sole Proprietorship)
4. Adresse: _____
Ville: _____ État: _____ Code Postal: _____
5. FEIN: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____
6. Nom du propriétaire/dirigeant/membre: _____
7. Titre du propriétaire/dirigeant/membre: _____
8. La personne qui dépose cette demande au nom de l'employeur doit remplir et soumettre un formulaire de lettre de représentation disponible sur le lien suivant:
<https://dol.ny.gov/LS11F-French>
9. Les travailleurs manuels concernés par cette demande sont-ils représentés par une organisation syndicale?
 Oui Non

Si oui, donnez le nom, le titre, l'adresse, le numéro de téléphone direct et l'adresse électronique de tout responsable syndical local ou national qui représente les employés en question. Veuillez utiliser une feuille supplémentaire si nécessaire.

10a. Nom: _____ Titre: _____
(Print) (Print)

10b. Adresse: _____
Ville _____ État: _____ Code Postal: _____

10c. Numéro de téléphone: (____) _____ - _____ E-mail: _____

La présente demande doit être soumise avec les éléments énumérés ci-dessous et envoyée par la poste à l'adresse indiquée dans le coin supérieur gauche du présent formulaire. Tous les éléments requis doivent être envoyés ensemble. Merci de ne soumettre aucun élément se rapportant à cette demande sous pli séparé.

- A. Un registre de paie informatisé d'une période de paie récente provenant d'un seul site de l'État de New York. Ces dossiers doivent inclure l'adresse du site où travaillent les employés et, pour chaque employé, les informations suivantes : i) nom et prénom et département ou profession, ii) taux horaire, iii) heures de travail effectuées, iv) salaires bruts versés, v) déductions détaillées du salaire, vi) salaires nets. Veuillez ne pas inclure les numéros de sécurité sociale (SSN) ou les adresses des employés ou toute autre donnée non mentionnée dans ce paragraphe. Veuillez ne pas inclure les salaires de plusieurs périodes de paie ou de plusieurs sites.
- B. Un état du nombre de personnes employées et de la rémunération versée, tels qu'enregistrés sur le formulaire de déclaration trimestrielle NYS-45 de votre entreprise, pour chaque trimestre de chacune des trois dernières années civiles complètes et pour chaque trimestre écoulé de l'année civile en cours. En aucun cas, l'entreprise ne doit soumettre une copie du formulaire original.

Les informations doivent être présentées sous forme de feuille de calcul ou de matrice avec une ligne distincte pour chaque trimestre de chaque année indiquant (dans l'ordre croissant des dates) le nombre de personnes employées et la rémunération versée, tels que déclarés pour chaque année.

Cet état doit être accompagné d'une déclaration sous serment signée et notariée dans laquelle le vice-président de division ou le chef de service de l'entreprise chargé de déposer le formulaire NYS-45 atteste de l'authenticité et de l'exactitude des chiffres contenus dans l'état.

Si votre entreprise souhaite bénéficier d'une dérogation au seuil de 3 000 employés décrit précédemment dans le présent formulaire, elle doit également soumettre les états sous la même forme et le même contenu compilés à partir des chiffres figurant sur les formulaires de déclaration trimestrielle analogues utilisés dans d'autres États ou localités.

- C. Une preuve de la capacité de l'entreprise à continuer à assumer ses responsabilités en matière de paie, y compris, mais sans s'y limiter, une lettre d'opinion d'un expert-comptable attestant que l'employeur n'a manqué à aucune de ses obligations en matière de paie au cours des trois années fiscales précédant cette demande.
- D. Si les travailleurs manuels de l'État de New York sont représentés par une organisation syndicale, l'employeur doit inclure des lettres des responsables syndicaux appropriés donnant leur accord à l'extension de la période de paie demandée, ou une copie d'un contrat en vigueur dans lequel une période de paie à la quinzaine a été convenue.
- E. Preuve de la couverture de l'employeur en matière d'assurance contre les accidents du travail. Les formulaires acceptables sont les suivants : C-105.2 ; U-26.3 ; SI-12, GSI-105.2.

Les formulaires d'assurance responsabilité civile ne sont pas acceptés comme preuve de couverture pour l'indemnisation des travailleurs.

- F. Preuve de la couverture de l'employeur pour l'assurance invalidité. Les formulaires acceptables sont les suivants : DB 120.1, DB-155.
- G. Preuve de l'absence de mandats en suspens pour défaut de versement des retenues d'impôt sur le revenu des personnes physiques de l'État. La preuve est obtenue en écrivant au Département des impôts et des finances de l'État de New York (adresse ci-dessous) pour obtenir une lettre attestant de ce fait. N'oubliez pas de mentionner le numéro d'identification fédéral de l'employeur (FEIN).
- H. Preuve de l'absence de mandats en suspens contre l'employeur pour défaut de versement des cotisations d'assurance chômage. La Division de l'assurance chômage peut nous fournir la preuve directement, si un responsable de l'employeur signe le FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ci-joint.

La lettre doit être jointe à la demande, ne la soumettez pas sous pli séparé.

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

Attestation: Je soussigné, en tant que responsable de cette entreprise, atteste que l'employeur susmentionné a (cocher une case):

au cours des 3 années précédant la présente demande, employé en moyenne 1000 personnes ou plus dans l'État de New York ou

au cours de l'année précédant cette demande, employé en moyenne 1000 personnes ou plus dans l'État de New York et, au cours des 3 années précédant cette demande, employé en moyenne 3000 personnes ou plus en dehors de l'État.

Je comprends qu'en signant ce document, j'autorise le commissaire du travail à donner accès à mon dossier d'assurance-chômage (AC).

Nom: _____ Titre: _____

Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Il n'y a pas de frais de dépôt.

Formulaire de décharge de responsabilité – Informations à fournir

Suite à la demande initiée par,

(Nom légal de l'EMPLOYEUR en majuscules)

en vue de payer ses travailleurs manuels à la quinzaine,

Je soussigné, _____,
(NOM du responsable signant le formulaire de décharge de responsabilité en majuscules)

(TITRE du responsable signant le formulaire de décharge de responsabilité en majuscules)

autorise par la présente la Division de l'assurance-chômage à communiquer au Service des permis et certificats de la Division des normes du travail du Département du travail de l'État de New York son dossier, le cas échéant, concernant les obligations fiscales dudit employeur en matière d'assurance-chômage.

____ - _____
(numéro d'identification fédéral de l'employeur FEIN en majuscules)

____ - _____
(numéro d'enregistrement de l'employeur à l'assurance-chômage ER# en majuscules)

Signature

____ / ____ / ____
Date

New York State Department of Labor
Division of Labor Standards
1220 Washington Ave., Building 12, Room 185B, Albany, NY 12226
Phone: (518) 457-1942 Fax: (518) 457-2731
labor2dd22d@labor.ny.gov