

पर भेजा जाना चाहिए। सभी जरूरी आइटम एक साथ ही भेजे जाने चाहिए। कृपया इस आवेदन से संबंधित किसी भी आइटम को अलग कवर में जमा न करें।

- A. किसी एक NYS स्थान से वेतन अवधिका कम्प्यूटरीकृत नवीनतम पेरोल रिकॉर्ड। उन रिकॉर्ड्स में उस स्थान का पता शामिल होना चाहिए जहां कर्मचारी काम करते हैं और हर एक व्यक्तिगत कर्मचारी के लिए नमिनलखिति शामिल हैं: i) पहला और अंतिम नाम और विभाग या व्यवसाय, ii) मजदूरी दर, iii) काम के घंटे, iv) भुगतान किया गया कुल वेतन, v) वेतन से मदवार कटौती; और, vi) शुद्ध मजदूरी। इस पैराग्राफ में सूचीबद्ध नहीं किए गए कर्मचारी SSN या पते या कोई अन्य डेटा शामिल न करें। एक से अधिक वेतन अवधियों या एक से अधिक स्थानों से मल्लि वेतन को शामिल न करें।
- B. पछिले तीन पूरे कैलेंडर वर्षों में प्रत्येक तमिाही के लिए और वर्तमान कैलेंडर वर्ष की हर एक पूरी तमिाही के लिए आपके व्यवसाय के त्रैमासिक NYS-45 रपिोर्टगि फॉर्म में दर्ज किए गए रोजगार पर लगे व्यक्तियों की संख्या और भुगतान किए गए पारशिरमकि की कॉपी। किसी भी परस्थिति में व्यवसाय को मूल फॉर्म की प्रतजिमा नहीं करनी चाहिए।
- जानकारी को प्रत्येक वर्ष की प्रत्येक तमिाही के लिए एक व्यक्तिगत पंक्ति के साथ एक स्प्रेडशीट या मैट्रिक्स प्रारूप में व्यवस्थित किया जाना चाहिए (बढ़ते हुए क्रम में तिथि) प्रत्येक वर्ष के लिए रपिोर्ट किए गए न रोजगार पर लगे व्यक्तियों की संख्या और भुगतान किए गए पारशिरमकि की रकम प्रदर्शति की जानी चाहिए।
- प्रतलिख के साथ हस्ताक्षर किया हुआ और नोटरीकृत शपथपत्र लगाया जाना चाहिए जिसमें NYS-45 दाखलि करने के लिए उत्तरदायी व्यवसाय के मंडल उपाध्यक्ष या विभाग प्रमुख ने प्रतलिख में नहिति आंकडों की वास्तवकिता और सटीकता को प्रमाणति किया हो।
- यदि आपका व्यवसाय इस फॉर्म में पहले बताई गई 3,000 कर्मचारियों की सीमा के तहत भनिनता के लिए अरहता पाना चाहता है, तो आपके व्यवसाय को उसी फॉर्म में प्रतलिख और अन्य राज्यों या क्षेत्रों में इस्तेमाल किए जाने वाले समान त्रैमासिक रपिोर्टगि फॉर्म के आंकडों से संकलति सामग्री भी सबमटि करनी होगी।
- C. कंपनी की अपनी पेरोल जिम्मेदारियों को पूरा करने की नरिंतर क्षमता का प्रमाण, जिसमें एक प्रमाणति सार्वजनकि लेखाकार का एक राय पत्र भी शामिल है, जो इस बात की पुष्टि करता है कि नियोक्ता ने इस आवेदन से पहले के तीन वतितीय वर्षों के दौरान अपने किसी भी पेरोल दायतिवों में चूक नहीं की है।
- D. यदि न्यूयॉर्क राज्य में मैनुअल श्रमकों का प्रतनिधित्व किसी श्रमकि संगठन द्वारा किया जाता है, तो नियोक्ता को अनुरोधति वेतन अवधा विसितार पर अपनी सहमति देने वाले उपयुक्त यूनयिन अधिकारियों के पत्र, या प्रभावी अनुबंध की एक प्रतजिसमें दविसापताहकि या अर्ध-मासिक वेतन अवधापर सहमति हो गई हो, शामिल होना चाहिए।
- E. श्रमकों के मुआवजे के बीमा के लिए नियोक्ता के कवरेज का साक्ष्य। स्वीकार्य फॉर्म हैं: C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2.

एकॉर्ड देयता बीमा फॉर्म श्रमकों के मुआवजे कवरेज के प्रमाण के रूप में स्वीकार नहीं किए जाते हैं।

- F. वकिलांगता बीमा के लिए नियोक्ता के कवरेज का साक्ष्य। स्वीकार्य फॉर्म हैं: DB 120.1; DB-155.
- G. राज्य व्यक्तिगत आयकर रोक को चुकाने में वफिलता के लिए कोई बकाया वारंट नहीं होने का साक्ष्य। उस तथ्य को प्रमाणति करने वाला एक पत्र जारी करने के लिए न्यूयॉर्क राज्य के कराधान और वतिव विभाग (नीचे दिए गए पते पर) को पत्र लिखकर प्रमाण प्राप्त किया जाता है। संघीय नियोक्ता पहचान संख्या (FEIN) का संदर्भ लेना ना भूलें।

आवेदन के साथ पत्र अवश्य संलग्न होना चाहिए, इसे अलग कवर में सबमिट न करें।

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
फ़ोन: 518-530-4362

H. इस बात का सबूत कि बेरोजगारी बीमा योगदान रैमिट करने में वफ़िलता के कारण, नयिोक्ता के ख़िलाफ़ कोई बकाया वारंट नहीं है. डिवीज़न ऑफ़ अनएंप्लॉयमेंट इंश्योरेंस सीधे हमें सबूत दे सकता है, बशर्ते नयिोक्ता का कोई ज़मिमेदार अधिकारी अटैच कएि गए रलीज़ फ़ॉर्म को नषिपादति करे.

सत्यापन: मैं अधोहस्ताक्षरी आवेदक, इस फ़र्म के एक जमिमेदार अधिकारी के रूप में प्रमाणति करता हूं कि उपर्युक्त नयिोक्ता ने (एक की जांच करे):

आवेदन से पहले के 3 वर्षों में इसने न्यूयॉर्क राज्य में औसतन 1,000 या अधिकि लोगों को रोजगार दयिा हो,
या

आवेदन से पहले 1 वर्ष के लएि न्यूयॉर्क राज्य में औसत 1,000 या अधिकि लोगों को रोजगार दयिा हो, और आवेदन से पहले 3 वर्ष के लएि राज्य के बाहर के औसत 3,000 या अधिकि लोगों को रोजगार दयिा हो।

मैं समझता हूं कि इस पर हस्ताक्षर करके मैं श्रम आयुक्त को मेरी बेरोजगारी बीमा (यू.आई.) लाभ फ़ाइल तक पहुंच प्रदान करने की अनुमति दे रहा हूं।

नाम: _____ शीर्षक: _____

हस्ताक्षर: _____ तारीख: ____ / ____ / ____

कोई आवेदन शुल्क नहीं है।

रलीज़ फॉर्म – प्रकटन जानकारी

अनुरोध के अनुसार, शुरुआतकरता,

_____ (नयिोक्ता का कानूनी नाम प्रति करें)

द्व-साप्ताहकि या अर्द्ध-मासकि आधार पर मैनुअल कर्मयिों को भुगतान करने के लिए,

मै, _____,

(रलीज़ फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले ज़मिमेदार अधिकारी का नाम प्रति करें)

_____ (रलीज़ फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले ज़मिमेदार अधिकारी का टाइटल प्रति करें)

रोज़गारी बीमा वभिाग को वचाराधीन कर्मचारी के बेरोज़गारी बीमा कर दायतिव के रकिॉर्ड, अगर कोई हो, को न्यूयॉर्क राज्ज श्रम वभिाग के श्रम मानक प्रभाग की परमति और प्रमाणपत्र इकाई को प्रकट करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ.

_____ - _____ (संघीय नयिोक्ता पहचान संख्या FEIN प्रति करें)

_____ - _____ (बेरोज़गारी बीमा कर्मचारी रजसि्ट्रेशन नंबर ER# प्रति करें)

_____ हस्ताक्षर

_____/_____/_____
तारीख