



**Questa domanda deve essere inviata con gli elementi elencati di seguito e spedita all'indirizzo indicato nell'angolo in alto a sinistra del presente modulo. Tutti gli elementi richiesti devono pervenire in un unico invio. Si prega di non inviare alcun elemento relativo alla presente domanda in una busta separata.**

- A. Registro delle retribuzioni informatizzato di un recente periodo di paga da una qualsiasi sede dello Stato di New York. Tali registri devono includere l'indirizzo del luogo in cui lavorano i dipendenti e, per ogni singolo dipendente, i seguenti dati: i) nome e cognome e reparto o occupazione, ii) tariffa salariale, iii) ore lavorate, iv) salario lordo pagato, v) detrazioni dettagliate dal salario e vi) salario netto. Non includere SSN o indirizzi dei dipendenti o altri dati non elencati in questo paragrafo. Non includere le retribuzioni di più periodi retributivi o di più sedi.
- B. Una trascrizione del numero di persone impiegate e del compenso corrisposto, come registrato nel modulo di rendicontazione trimestrale NYS-45 dell'azienda per ogni trimestre di ciascuno degli ultimi tre anni solari completi e per ogni trimestre completato dell'anno solare in corso. In nessun caso l'azienda deve inviare una copia del modulo originale.

Le informazioni devono essere organizzate in un foglio di calcolo o in un formato a matrice con una singola riga per ogni trimestre di ciascun anno che mostri (in ordine crescente di data) le somme per il numero di individui impiegati e la retribuzione corrisposta come riportato per ogni anno.

La trascrizione deve essere accompagnata da una dichiarazione giurata firmata e autenticata in cui il vicepresidente della divisione o il responsabile di dipartimento dell'azienda, responsabile della presentazione del NYS-45, attesta la genuinità e l'accuratezza dei dati contenuti nella trascrizione.

Se la propria azienda sta cercando di qualificarsi per una deroga sotto la soglia dei 3.000 dipendenti descritta in precedenza in questo modulo, l'azienda dovrà anche inviare le trascrizioni nella stessa forma e con lo stesso contenuto compilato con i dati dei moduli di rendicontazione trimestrali analoghi utilizzati in altri Stati o località

- C. Prova della capacità dell'azienda di continuare a far fronte ai propri obblighi retributivi, compresa, a titolo esemplificativo, una lettera di parere di un commercialista che affermi che il datore di lavoro non è stato inadempiente nei confronti dei propri obblighi retributivi nel corso dei tre anni fiscali precedenti la domanda.
- D. Se gli operai dello Stato di New York sono rappresentati da un'organizzazione sindacale, il datore di lavoro deve allegare le lettere dei funzionari sindacali competenti che prestano il loro assenso al prolungamento del periodo di paga richiesto, oppure una copia del contratto in vigore in cui è stato concordato un periodo di paga bisettimanale o quindicinale.
- E. Prova della copertura assicurativa dei lavoratori contro gli infortuni sul lavoro da parte del datore di lavoro. I moduli accettabili sono: C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2.

**I moduli di assicurazione sulla responsabilità civile Acord non sono accettati come prova di copertura degli infortuni sul lavoro.**

- F. Prova della copertura assicurativa per invalidità da parte del datore di lavoro. I moduli accettabili sono: DB 120.1; DB-155.
- G. Prova dell'assenza di mandati pendenti per il mancato versamento delle ritenute fiscali statali sul reddito delle persone fisiche. La prova si ottiene scrivendo al New York State Department of Taxation and Finance (Dipartimento delle imposte e delle finanze dello Stato di New York), all'indirizzo sotto riportato, per ottenere una lettera che certifichi questo fatto. Assicurarsi di fare riferimento al numero di identificazione federale del datore di lavoro.

(Federal Employer Identification Number, o FEIN)

**La lettera deve essere allegata alla domanda; non deve essere inviata in una busta separata**

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

H. Prova dell'assenza di mandati pendenti contro il datore di lavoro per il mancato versamento dei contributi per l'assicurazione contro la disoccupazione. La Division of Unemployment Insurance (Divisione dell'assicurazione contro la disoccupazione) può fornirci direttamente la prova, se un funzionario responsabile del datore di lavoro firma il MODULO DI LIBERATORIA allegato.

**Attestazione: il sottoscritto richiedente, in qualità di funzionario responsabile dell'azienda, attesta che il datore di lavoro di cui sopra (selezionare una opzione):**

nei 3 anni precedenti la presente domanda ha impiegato in media 1.000 o più persone nello Stato di New York

o

per un anno prima di questa domanda ha impiegato una media di 1.000 o più persone nello Stato di New York e per 3 anni prima della domanda ha impiegato una media di 3.000 o più persone al di fuori dello Stato

Sono consapevole che firmando il presente documento autorizzo il Commissario del Lavoro a fornire l'accesso al mio fascicolo relativo alle indennità dell'Assicurazione contro la disoccupazione (U.I.).

Nome: \_\_\_\_\_ Titolo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Non è prevista alcuna tassa per la presentazione della domanda.**

## Modulo di liberatoria - Informazioni sulla divulgazione

In seguito alla richiesta, avviata da,

---

(Stampare il nome legale del DATORE DI LAVORO)

per pagare i propri operai su base bisettimanale o quindicinale,

Io, \_\_\_\_\_,

(stampare il NOME del funzionario responsabile che firma la liberatoria)

---

(stampare il TITOLO del funzionario responsabile che firma la liberatoria)

autorizzo la Division of Unemployment Insurance (Divisione dell'Assicurazione contro la Disoccupazione) a divulgare al Permit and Certificate Unit (Unità Permessi e Certificati) della Division of Labor Standards (Ispettorato del lavoro) del Dipartimento del Lavoro dello Stato di New York l'eventuale documentazione relativa agli obblighi fiscali dell'Assicurazione contro la Disoccupazione di detto datore di lavoro.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(stampare il numero di identificazione federale del datore di lavoro - Federal Employer Identification o FEIN)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(stampare il numero di registrazione del datore di lavoro dell'assicurazione contro la disoccupazione - Unemployment Insurance Employer Registration Number ER#)

---

Firma

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

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](mailto:labor2dd22d@labor.ny.gov)