

この申請書は、次の情報を添付して提出し、このフォームの左上に表示されている住所に郵送する必要があります。必要なすべての情報は 1 通の郵便物で配達される必要があります。この申請に関係があるすべての情報は、別便で提出をしないでください。

A. NYS 内の一つの場所での、最近の給与期間のコンピュータ化された給与記録。これらの記録には、従業員が勤務している場所の住所と、各従業員の i) 氏名と部署または職業、ii) 時給、iii) 勤務時間、iv) 賃金総額、v) 賃金からの項目別控除、および、vi) 正味賃金を含める必要があります。従業員の SSN、住所、またはこの段落に記載されていないその他のデータは含めないでください。複数の支払期間または複数の場所からの給与を含めないでください。

B. 過去 3 暦年の各四半期と現在の暦年の各四半期の、あなたの事業の四半期ごとの NYS-45 報告フォームに記録されている雇用された労働者数と支払われた報酬の記録。いかなる場合も、事業の記録原本を提出しないようにしてください。

情報は、スプレッドシートまたはマトリックス形式で配置し、各年の四半期ごとに個別の行に、各年の従業員数と支給された報酬の合計を（日付昇順で）表示する必要があります。

この記録には、署名され認証された宣誓供述書を添付する必要があります。この宣誓 供述書には、NYS-45 の提出の責任者である事業部門の副社長または部門長が、コピーに含まれる数字の真正さと正確性を証明する内容が含まれています。

このフォームで前述した 3,000 人の従業員の基準値を下回る特例許可の対象となる場合、他の州または地域で使用されている類似の四半期報告フォームの数字により編集した同じフォームと内容で、記録を提出する必要があります。

C. 雇用主が、この申請に先立つ 3 会計年度内に、賃金支払い義務の不履行がなかったことを確認する公認会計士からの意見書を含むがこれに限定されず、賃金支払い義務を引き続き履行できることの証明となるもの。

D. ニューヨーク州の現場労働者が労働団体によって代表されている場合、雇用主は、要求された支払い期間の延長に同意する適切な労働団体の役員からの同意書、または隔週または半月毎の支払い期間が合意されている有効な契約書のコピーを添付する必要があります。

E. 労働者災害補償保険の雇用主の補償の証明。使用できるフォーム：C-105.2、U-26.3、SI-12、GSI-105.2。

Acord 賠償責任保険フォームは、労働者災害補償の証明として受け付けられません。

F. 雇用主が障害保険に加入していることの証明。使用できるフォーム：DB 120.1、DB-155 です。

G. 州の個人所得税の源泉徴収が未納になっている未払いの支払い命令書がないことの証明。証明は、ニューヨーク州税務財務局（住所は以下）に書面を送り、その事実を証明する書面を発行してもらうことで可能です。必ず連邦雇用主識別番号（FEIN）を記載してください。

H. 雇用主に対して、失業保険の拠出の不履行で未納になっている支払い命令書がないことの証明。雇用主の担当役員が添付の譲渡証書に署名した場合、雇用保険課は直接当局に証明を提供することができます。

書面は申請書に添付する必要があります、別便で提出しないでください。

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
電話: 518-530-4362

認証：私はこの会社の担当者として、上記の雇用主について、次のことを証明し署名します（1 つをチェック）。

この申請までの 3 年間、ニューヨーク州で平均 1,000 人以上の従業員を雇用している、または

申請までの 1 年間、ニューヨーク州内で平均 1,000 人以上の従業員を雇用し、そして申請前の 3 年間、この州以外で平均 3,000 人以上の従業員を雇用している。

この書類に署名することにより、私は労働長官に私の失業保険（UI）給付金ファイルへのアクセスを許可する

ことに同意することを理解しています。

氏名: _____ 役職: _____

署名: _____ 日付: ____ / ____ / ____

申請料はかかりません。

譲渡証書 - 開示情報

隔週単位または半月単位で、

(雇用主の正式名称を活字体で記入)

が開始した労働者に賃金を支払うという要請に従い、

私、

(譲渡証書に署名する責任者の氏名を活字体で記入)

(譲渡証書に署名する責任者の役職を活字体で記入)

はここに、雇用保険課が、ニューヨーク州労働局労働基準監督署の許可および認証部門に、かかる雇用主の失業保険税納税義務の記録がある場合には、その記録を開示することを許可するものとします。

____ - _____
(連邦雇用主識別番号FEINを活字体で記入)

____ - _____
(失業保険雇用者主登録番号ER#を活字体で記入)

署名

____ / ____ / ____
日付

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