

Заявление на разрешение производить оплату сотрудникам выполняющим ручной труд, реже раза в неделю

Согласно разделу 191.1(a) трудового законодательства, работодатель может иметь право на изменение, если

- в течение 3 лет до подачи заявления у него было трудоустроено 1000 или более человек в этом штате, или
- в течение 1 года до подачи заявления у него было трудоустроено 1000 или более человек в этом штате, и в течение 3 лет до подачи заявления у него было трудоустроено в среднем 3000 или более человек за пределами штата
- работодатель предоставляет удовлетворительное доказательство своей способности постоянно выполнять обязательства по выплате заработной платы.

Ответьте на следующие вопросы и предоставьте запрошенную информацию, чтобы подать заявление на изменение системы оплаты сотрудникам, выполняющим ручной труд, раз в две недели или два раза в месяц:

1. Юридическое наименование работодателя: _____
2. Коммерческое наименование: _____
3. Тип коммерческой организации: Корпорация Правительство
 Общество с ограниченной ответственностью Товарищество с ограниченной ответственностью
 Партнерство Индивидуальный предприниматель
4. Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
5. Федеральный номер работодателя (FEIN): ____ - ____ - ____ - ____ - ____
6. Полное имя владельца/должностного лица/члена: _____
7. Должность владельца/должностного лица/члена: _____
8. Лицо, заполняющее данное заявление от имени работодателя, должно заполнить и отправить письмо-заявление по форме, приведенной по следующей ссылке:
<https://dol.ny.gov/letter-representation-complainant-representative-ls11>
9. Представляет ли какая-либо трудовая организация интересы сотрудников, выполняющих ручной труд, к которым относится этот запрос? Да Нет

Если да, укажите ФИО, должность, адрес, прямой номер телефона и адрес электронной почты любого должностного лица трудовой организации на местном или национальном уровне, которое представляет интересы указанных сотрудников. При необходимости используйте дополнительный лист.

10a. Полное имя: _____ Должность: _____
(печатными буквами) (печатными буквами)

10b. Адрес: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

10c. Номер телефона: (____) _____ - _____ E-mail: _____

Это заявление необходимо отправить с указанными ниже документами на почтовый адрес, указанный в левом верхнем углу этой формы. Все требуемые документы необходимо отправить одним письмом. Не отправляйте никакие документы, относящиеся к этому заявлению, отдельным письмом.

- A. Одна выписка из компьютерной ведомости заработной платы за недавний платежный период для любого отделения в штате Нью-Йорк. В этой выписке должен быть указан адрес отделения, где работают сотрудники, а также следующие данные для каждого отдельного сотрудника: i) имя и фамилия, отдел или профессия, ii) ставка заработной платы, iii) часы работы, iv) валовая сумма заработной платы, v) вычеты из заработной платы по пунктам; и vi) чистая сумма заработной платы. Не нужно указывать номера социального страхования и адреса сотрудников или любые другие данные, не перечисленные в этом пункте. Не нужно предоставлять платежные ведомости за несколько платежных периодов или для нескольких отделений.
- B. Выписка о количестве трудоустроенных сотрудников и вознаграждении согласно форме ежеквартального отчета вашей компании NYS-45 за каждый квартал за последние три полных календарных года и за каждый завершившийся квартал текущего календарного года. Ни при каких обстоятельствах компания не должна предоставлять экземпляр оригинала формы.
- Информация должна быть организована в форме электронной таблицы или матрицы с отдельной строкой за каждый квартал каждого года с указанием (в восходящем порядке по датам) суммарного количества трудоустроенных лиц и выплаченного вознаграждения за каждый год.
- К выписке должно быть приложено подписанное и нотариально заверенное свидетельство вице-президента подразделения или начальника департамента компании, ответственного за подачу формы NYS-45, о подлинности и точности чисел, содержащихся в выписке.
- Если ваша компания желает получить право на изменения по критерию трудоустройства 3000 сотрудников, описанному выше, ваша компания должна предоставить выписки в той же форме и скомпилированные данные на основе аналогичных форм квартальной отчетности по другим штатам или регионам деятельности.
- C. Подтверждение способности компании продолжать выполнять свои обязательства по выплате заработной платы, в том числе (помимо прочего) заключение сертифицированного аудитора, подтверждающее, что работодатель не нарушал никаких своих обязательств по выплате заработной платы в течение трех фискальных лет, предшествующих подаче этого заявления.
- D. Если занимающихся ручным трудом сотрудников в штате Нью-Йорк представляет какая-либо трудовая организация, работодатель должен приложить письма от соответствующих должностных лиц профсоюза с подтверждением продления запрошенного периода оплаты или копию действующего контракта, в котором согласован период оплаты каждые две недели или два раза в месяц.
- E. Подтверждение покрытия работодателем страхования компенсационных выплат работникам. Допустимые формы: C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2.

Формы страхования ответственности Acord не принимаются в качестве доказательства покрытия вознаграждения работников.

- F. Подтверждение покрытия работодателем страхования на случай инвалидности. Допустимые формы: DB 120.1; DB-155.
- G. Подтверждение отсутствия непогашенных приговоров суда за невыполнение обязательства по удержанию подоходного налога физических лиц в пользу штата. Это подтверждение можно получить, направив письменный запрос в Департамент налогообложения и финансов штата Нью-Йорк (см. адрес ниже) с просьбой выдать подтверждающее письмо. В запросе обязательно нужно указать Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN).
- H. Подтверждение отсутствия непогашенных приговоров суда в отношении работодателя за невыполнение обязательства по удержанию страховых взносов по страхованию на случай безработицы. Отдел страхования на случай безработицы может предоставить доказательство нам напрямую, если ответственное лицо работодателя подпишет прилагаемую ФОРМУ ОСВОБОЖДЕНИЯ.

Письмо следует приложить к заявлению, его нельзя отправить отдельно.

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

Декларация: Я, нижеподписавшийся заявитель, как ответственное должностное лицо этой фирмы, декларирую в отношении вышеуказанного работодателя следующее (отметить одно):

в течение 3 лет до подачи этого заявления у него было трудоустроено 1000 или более человек в этом штате, или

в течение 1 года до подачи этого заявления у него было трудоустроено 1000 или более человек в этом штате, и в течение 3 лет до подачи этого заявления у него было трудоустроено в среднем 3.000 или более человек за пределами штата.

Я понимаю, что, поставив подпись, я даю разрешение комиссару по труду на доступ в моему файлу по страхованию по безработице.

Полное имя: _____ Должность: _____

Подпись: _____ Дата: ____ / ____ / ____

Плата за подачу заявления не взимается.

Форма освобождения – раскрытие информации

В соответствии с запросом,
направленным организацией

(Юридическое наименование РАБОТОДАТЕЛЯ печатными буквами)

в отношении оплаты труда сотрудников, занимающихся ручным трудом, один раз в две недели или два
раза в месяц,

я, _____,
(ФИО ответственного лица, подписывающего форму освобождения, печатными буквами)

(ДОЛЖНОСТЬ ответственного лица, подписывающего форму освобождения, печатными буквами)

настоящим даю отделу страхования на случай безработицы разрешение на передачу сектору разрешений и свидетельств департамента труда штата Нью-Йорк всех имеющихся в его распоряжении данных о налоговых обязательствах указанного работодателя по страхованию на случай безработицы.

____ - _____
(Федеральный идентификационный номер работодателя (FEIN) печатными буквами)

____ - _____
(Регистрационный номер работодателя по страхованию от безработицы (ER) печатными буквами)

Подпись

____ / ____ / ____
Дата