

Solicitud de autorización para pagarles a los trabajadores manuales con una frecuencia menor a la semanal

De acuerdo con la sección 191.1(a) de la Ley de Trabajo, un empleador puede ser elegible para una variación si

- en los 3 años previos a la solicitud ha empleado a un promedio de 1,000 personas o más en este estado,
 - o
- durante 1 año previo a la solicitud ha empleado a un promedio de 1,000 personas o más en este estado, y durante los 3 años previos a la solicitud ha empleado a un promedio de 3,000 personas o más fuera del estado,
- entrega comprobantes satisfactorios de su capacidad constante para cumplir con sus responsabilidades de nómina.

Conteste las siguientes preguntas y proporcione la información solicitada para solicitar una variación, a fin de pagarles a los trabajadores manuales de manera catorcenal o quincenal:

1. Nombre legal del empleador: _____
2. Nombre comercial: _____
3. Tipo de organización comercial: Corporación Gobierno Compañía de responsabilidad limitada
Sociedad de responsabilidad limitada Sociedad Empresa con propietario único
4. Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
5. FEIN: ____ - ____ - ____ - ____ - ____
6. Nombre del miembro/empleado/propietario: _____
7. Puesto del miembro/empleado/propietario: _____
8. La persona que contesta esta solicitud en nombre del empleador debe llenar y entregar un formulario de carta de representación que se encuentra en este:
<https://dol.ny.gov/carta-de-representacion-representante-del-reclamante-ls11s-spanish>
9. ¿Los trabajadores manuales cubiertos por esta solicitud son representados por una organización laboral?
Sí No

Si contestó que sí, proporcione el nombre, el puesto, el número de teléfono directo y la dirección de correo electrónico de un funcionario laboral a nivel local o nacional que represente a los empleados en cuestión. Use una hoja de papel adicional, si es necesario.

10a. Nombre: _____
(en letra de molde)

Puesto: _____
(en letra de molde)

10b. Dirección: _____

10c. Número de teléfono: (____) _____ - _____ Correo electrónico: : _____

Esta solicitud debe entregarse con los documentos indicados a continuación y enviarse por correo a la dirección que aparece en la esquina superior izquierda de este formulario. Todos los documentos necesarios deben incluirse en un solo envío. Por favor no envíe documentos relacionados con esta solicitud en un paquete diferente.

A. Una lista de nómina computarizada de un período de pago reciente de cualquier lugar de trabajo en el estado de Nueva York. La lista de nómina debe incluir la dirección del lugar donde trabajan los empleados y los siguientes datos de cada empleado individual: i) nombre y apellido, así como departamento y ocupación, ii) salario, iii) horas trabajadas, iv) salario bruto pagado, v) deducciones salariales desglosadas, y vi) salario neto. No incluya los números de Seguro Social de los empleados, ni sus direcciones, ni otros datos no indicados en este párrafo. No incluya nóminas de varios períodos de pago, ni de varios lugares de trabajo.

B. Una transcripción de la cantidad de personas empleadas y la remuneración pagada como aparece en el formulario de informe trimestral NYS-45 de su empresa para cada trimestre de cada uno de los tres años calendario previos completos y para cada trimestre completo del año calendario en curso. Bajo ninguna circunstancia debe entregar una copia del formulario original.

La información debe organizarse en una hoja de cálculo o matriz, con una fila individual para cada trimestre de cada año, donde se muestren (en orden ascendente de fecha) las sumas de la cantidad de personas empleadas y la remuneración pagada, según lo informado para cada año.

La transcripción debe ser acompañada por una declaración jurada, firmada y notariada, en la que el vicepresidente divisional o el jefe de departamento responsable de presentar el formulario NYS-45 de la empresa certifica bajo juramento la veracidad y precisión de las cifras contenidas en la transcripción.

Si su empresa solicita que se apruebe una variación de acuerdo con el límite de 3,000 empleados descrito antes en este formulario, su empresa también debe presentar las transcripciones de otros estados o localidades, con el mismo formato y contenido, compiladas de cifras de formularios análogos de informes trimestrales usados en dichos estados o localidades.

C. Comprobantes de la capacidad constante de la compañía para cumplir sus responsabilidades de nómina, incluyendo, entre otras cosas, una carta de opinión de un contador público certificado donde declare que el empleador no ha incumplido ninguna de sus obligaciones de nómina en el transcurso de los tres años fiscales previos a la solicitud.

D. Si los trabajadores manuales en el estado de Nueva York son representados por una organización laboral, el empleador debe incluir cartas de los funcionarios sindicales correspondientes en las que den su asentimiento a la extensión solicitada del período de pago, o una copia de un contrato vigente en el que se haya acordado un período de pago catorcenal o quincenal.

E. Comprobantes de la cobertura del seguro de incapacidad laboral del empleador. Los formularios aceptables son: C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2.

Los formularios de seguro de responsabilidad civil de Acord no se aceptan como comprobantes de cobertura del seguro de incapacidad laboral.

F. Comprobantes de la cobertura del seguro de incapacidad del empleador. Los formularios aceptables son: DB 120.1; DB-155.

G. Comprobante de ausencia de órdenes judiciales pendientes por incumplimiento en la entrega de impuestos sobre la renta estatales personales retenidos. El comprobante se obtiene escribiendo al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (la dirección se muestra abajo) para solicitar la expedición de una carta que certifique ese hecho. Recuerde incluir su número de identificación federal del empleador (FEIN, por sus siglas en inglés).

La carta debe incluirse con la solicitud, no la envíe en un paquete separado.

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. Comprobante de que no existen órdenes judiciales pendientes en contra del empleador por incumplimiento en la entrega de aportaciones al seguro de desempleo. La **División del Seguro de Desempleo** puede proporcionarnos el comprobante directamente si un directivo responsable del empleador firma el **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN adjunto**.

Declaración jurada: Yo, el solicitante abajo firmante, como directivo responsable de esta firma, declaro que el empleador arriba mencionado (marque una opción):

en los 3 años previos a esta solicitud ha empleado a un promedio de 1,000 personas o más en el estado de Nueva York

o

durante 1 año previo a esta solicitud ha empleado a un promedio de 1,000 personas o más en el estado de Nueva York y durante los 3 años previos a la solicitud ha empleado a un promedio de 3,000 personas o más fuera del estado.

Entiendo que al firmar este formulario otorgo mi permiso a la Comisionada de Trabajo para brindar acceso a mi expediente de beneficios del seguro de desempleo.

Nombre: _____ Puesto: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Esta solicitud no requiere del pago de una cuota.

Formulario de autorización – Divulgación de información

De acuerdo con la solicitud, presentada

(por (nombre legal, en letra de molde, del **EMPLEADOR**)

para pagar a sus trabajadores manuales de manera catorcenal o quincenal,

Yo, _____,

(escribir con letra de molde el **NOMBRE** del directivo responsable que firma el formulario de autorización de

(**PUESTO** del directivo responsable que firma el formulario de autorización, con letra de molde)

por este medio autorizo a la División del Seguro de Desempleo para que entregue a la Unidad de Permisos y Certificados de la División de Normas Laborales del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York sus registros, de haberlos, de las responsabilidades tributarias de este empleador en lo referente al seguro de desempleo.

____ - _____
(escribir con letra de molde el número de identificación federal del empleador FEIN)

____ - _____
(escribir con letra de molde el número de registro del empleador en el seguro de ER#)

Firma

____ / ____ / ____
Fecha