

## ہفتہ وار سے کم کثرت سے دستی کارکنوں کو تنخواہ دینے کی اجازت کے لیے درخواست

مزدوری کے قانون کے سیکشن (191.1 a) کے مطابق، ایک آجر تبدیلی کے لیے اہل ہو سکتا ہے اگر

- درخواست سے پہلے کے 3 سالوں میں اس نے اس ریاست میں اوسطاً 1,000 یا اس سے زیادہ افراد کو ملازمت دی ہے، یا
- درخواست سے پہلے کے 1 سال تک اس نے اس ریاست میں اوسطاً 1,000 یا اس سے زیادہ افراد کو ملازمت دی ہے، اور
- درخواست سے پہلے کے 3 سال تک اس نے ریاست سے باہر کے اوسطاً 3,000 یا اس سے زیادہ افراد کو ملازمت دی ہے۔

یہ اپنی پے رول کی ذمہ داریوں کو پورا کرنے کی مسلسل صلاحیت کا تسلی بخش ثبوت پیش کرتا ہے۔

دستی کارکنوں کو دو ہفتہ وار یا نیم ماہانہ ادائیگی کرنے کے لیے تبدیلی کے لیے درخواست دینے کے لیے درج ذیل سوالات کے جواب دیں اور درخواست کردہ معلومات فراہم کریں :

1. آجر کا قانونی نام: \_\_\_\_\_
2. تجارتی نام: \_\_\_\_\_
3. کاروباری تنظیم کی قسم: کارپوریشن گورنمنٹ محدود ذمہ داری کمپنی  
محدود ذمہ داری شراکت داری شراکت داری واحد دائرہ اختیار
4. پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ: \_\_\_\_\_
5. FEIN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
6. مالک / افسر / ممبر کا نام: \_\_\_\_\_
7. مالک / افسر / ممبر عنوان: \_\_\_\_\_
8. آجر کی جانب سے یہ درخواست دائر کرنے والے شخص کو اس لنک پر موجود نمائندگی فارم کا خط مکمل کرنا اور جمع کرنا لازمی ہے: \_\_\_\_\_

<https://dol.ny.gov/LS11UR-Urdu>

9. کیا اس درخواست میں دستی کارکنان کی نمائندگی مزدور تنظیم کے ذریعہ کی جاتی ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو مقامی یا قومی سطح پر کسی بھی مزدوری کے اہلکار کا نام، عنوان، پتہ، براہ راست فون نمبر اور ای میل پتہ فراہم کریں ج و زیر بحث ملازمین کی نمائندگی کرتا ہے۔ اگر ضروری ہو تو ایک اضافی شیٹ استعمال کریں۔

- 10a. نام: \_\_\_\_\_ عنوان: \_\_\_\_\_ (پرنٹ) (پرنٹ)
- 10b. پتہ: \_\_\_\_\_  
شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ: \_\_\_\_\_
- 10c. فون نمبر: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ای میل: \_\_\_\_\_

یہ درخواست نیچے دی گئی اشیاء کے ساتھ جمع کرائی جانی اور اس فارم کے اوپر بائیں کونے میں دکھانے گئے پتے پر بھیجی جانی لازمی ہے۔ تمام مطلوبہ اشیاء کو ایک ہی میل میں آنا لازمی ہے۔ براہ کرم اس درخواست سے متعلق کوئی بھی چیز الگ کور کے تحت جمع نہ کریں۔

A. کسی بھی واحد NYS مقام سے حالیہ پے رول کی مدت کا کمپیوٹرائزڈ پے رول ریکارڈ۔ ان ریکارڈز میں اس مقام کا پتہ جہاں ملازمین کام کرتے ہیں اور ہر منفرد ملازم کے لیے درج ذیل شامل ہونا چاہیے: (i) محکمہ یا پیشہ کا پہلا اور آخری نام، (ii) اجرت کی شرح، (iii) کام کے اوقات، (iv) ادا کی گئی مجموعی اجرت، (v) اجرتوں سے آئٹمائزڈ کٹوتیاں؛ اور، (vi) خالص اجرت۔ ملازم کے SSNs یا پتے یا کوئی دوسرا ڈیٹا شامل نہ کریں جو اس پیراگراف میں درج نہیں ہے۔ تنخواہ کے متعدد ادوار یا متعدد مقامات سے پے رولز شامل نہ کریں۔

B. پچھلے تین مکمل کیلنڈر سالوں میں ہر سہ ماہی کے لیے اور موجودہ کیلنڈر سال کی ہر مکمل سہ ماہی کے لیے آپ کے کاروبار کے سہ ماہی NYS-45 رپورٹنگ فارم پر درج کیے گئے ملازمین کی تعداد اور معاوضے کی ایک نقل۔ کسی بھی حالت میں کاروبار کو اصل فارم کی کاپی جمع نہیں کرنی چاہیے۔

معلومات کو ایک اسپر پٹشیٹ یا میٹرکس فارمیٹ میں ترتیب دیا جانا چاہیے جس میں ہر سال کی ہر سہ ماہی کے لیے انفرادی صف کے ساتھ (صعودی تاریخ کی ترتیب میں) ملازم افراد کی تعداد اور ہر سال کی اطلاع کے مطابق معاوضہ ادا کیا جائے۔

نقل کے ساتھ ایک دستخط شدہ اور نوٹری شدہ حلف نامہ ہونا لازمی ہے جس میں کاروبار کا ڈویژنل نائب صدر یا محکمہ کا سربراہ NYS-45 فائل کرنے کے لیے ذمہ دار ہے جو نقل میں موجود اعداد و شمار کی صداقت اور درستگی کی تصدیق کرتا ہے۔

اگر آپ کا کاروبار اس فارم میں پہلے بیان کردہ 3,000 ملازم کی حد کے تحت تبدیلی کے لیے اہل ہونا چاہتا ہے تو آپ کے کاروبار کو بھی اسی فارم میں نقول جمع کرانا لازمی ہے اور دیگر ریاستوں یا علاقوں میں استعمال ہونے والے یکساں سہ ماہی رپورٹنگ فارمز کے اعداد و شمار سے مرتب کردہ مواد بھی جمع کرانا لازمی ہے

C. پے رول کی ذمہ داریوں کو پورا کرنے کے لیے کمپنی کی مسلسل قابلیت کا ثبوت جس میں ایک مصدقہ پبلک

اکاؤنٹنٹ کی طرف سے رائے کا خط شامل ہے لیکن اسی تک محدود نہیں ہے جس میں اس بات کی تصدیق کی گئی ہے کہ آجر نے اس درخواست سے پہلے کے تین مالی سالوں کے دوران اپنی کسی بھی پے رول کی ذمہ داریوں میں ڈیفالٹ نہیں کیا ہے۔

D. اگر نیویارک اسٹیٹ میں دستی کارکنوں کی نمائندگی کسی بھی مزدوری کی تنظیم کے ذریعہ کی جاتی ہے تو آجر کو یونین کے مناسب عہدیداروں کے خطوط جن میں تنخواہ کی مدت میں توسیع کی درخواست کی گئی ہو، یا کسی معاہدے کی ایک نقل شامل کرنا لازمی ہے جس میں دو ہفتہ وار یا نیم ماہانہ تنخواہ کی مدت پر اتفاق کیا گیا ہے۔

E. کارکنوں کے معاوضے کے انشورنس کے لیے آجر کی کوریج کا ثبوت۔ قابل قبول فارمز ہیں:

. C-105.2; U-26.3; SI-12, GSI-105.2

کارکنوں کے معاوضے کی کوریج کے ثبوت کے طور پر ایکارڈ ذمہ داری کے انشورنس فارمز قبول نہیں کیے جاتے ہیں۔

F. عذوری کے انشورنس کے لیے آجر کی کوریج کا ثبوت۔ قابل قبول فارمز ہیں: DB-155; DB-120.1

G. ریاست کے ذاتی انکم ٹیکس کی کٹوتی کی ادائیگی میں ناکامی کے لیے کوئی بقایا وارنٹ نہ ہونے کا ثبوت۔ ثبوت نیویارک ریاست محکمہ برائے ٹیکسیشن اور مالیات (نیچے پتہ) کو لکھ کر اس حقیقت کی تصدیق کرنے والا خط جاری کر کے حاصل کیا جاتا ہے۔ وفاقی آجر کے شناختی نمبر (FEIN) کا حوالہ دینا یقینی بنائیں۔

رخواست کے ساتھ خط ہونا لازمی ہے، اسے علیحدہ کور میں جمع نہ کریں۔

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  
فون: 4362-530-518

H. اس بات کا ثبوت کہ آجر کے خلاف بے روزگاری کے انشورنس کی شراکت کی ادائیگی میں ناکامی پر کوئی بقایا وارنٹس نہیں ہیں۔ اگر آجر کا کوئی ذمہ دار افسر منسلک ریلیز فارم پر عمل درآمد کرتا ہے تو بے روزگاری کے بیمہ کی تقسیم ہمیں براہ راست ثبوت فراہم کر سکتی ہے۔

**تصدیق:** میں اس فرم کے ایک ذمہ دار افسر کی حیثیت سے اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا آجر کے پاس (ایک چیک کریں) ہے: اس درخواست سے پہلے کے 3 سالوں میں نیو یارک اسٹیٹ میں اوسطاً 1,000 یا اس سے زیادہ افراد کو ملازمت دی گئی یا اس درخواست سے پہلے کے 1 سال تک نیو یارک اسٹیٹ میں اوسطاً 1,000 یا اس سے زیادہ افراد کو ملازمت دی گئی ہے اور درخواست سے پہلے کے 3 سال تک ریاست سے باہر اوسطاً 3,000 یا اس سے زیادہ افراد کو ملازمت دی گئی ہے

میں سمجھتا ہوں کہ اس پر دستخط کر کے میں کمشنر آف لیبر کو اپنی بیروزگاری انشورنس (U.I.) بینیفٹ فائل تک رسائی فراہم کرنے کی اجازت دے رہا ہوں۔

نام: \_\_\_\_\_ عنوان: \_\_\_\_\_

دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

درخواست کی کوئی فیس نہیں ہے۔

## ریلیز فارم – انکشاف کی معلومات

درخواست کے مطابق، شروع کیا گیا بذریعہ،

(آجر کا قانونی نام پرنٹ کریں)

اپنے دستی کارکنوں کو دو ہفتہ وار یا نیم ماہانہ بنیادوں پر ادائیگی کرنے کے لیے،

میں،

(ریلیز فارم پر دستخط کرنے والے ذمہ دار افسر کا پرنٹ نام)

(ریلیز فارم پر دستخط کرنے والے ذمہ دار افسر کا پرنٹ عنوان)

اس طرح سے محکمہ برائے بے روزگاری کے انشورنس کو اجازت دیتا ہوں کہ وہ نیو یارک ریاست محکمہ برائے مزدوری کے مزدوری کے معیارات کے محکمہ کے پرنٹ اور سرٹیفکیٹ یونٹ کو اس کا ریکارڈ، اگر کوئی ہے، آجر کی بے روزگاری کے انشورنس کے ٹیکس واجبات کا انکشاف کرے۔

(وفاقی آجر کا شناختی نمبر FEIN پرنٹ کریں)

(بے روزگاری کے انشورنس کے آجر کا رجسٹریشن نمبر #ER پرنٹ کریں)

دستخط

تاریخ

نیویارک ریاست محکمہ برائے مزدوری ڈویژن برائے

مزدوری کے معیارات

1220 Washington Ave., Building 12, Room 185B, Albany, NY 12226

فیکس: (518) 2731-457

Phone: (518) 457-1942

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