



**Department
of Labor**

Unemployment Insurance Division
Liability and Determination Section
Harriman State Office Campus
Albany, NY 12240
(518) 457-2635

Заявление на участие в программе сокращения рабочих часов

Заполните печатными буквами черными чернилами.
Заполните все три страницы.

Департамент труда (Department of Labor) должен получить это заявление к понедельнику за три недели до даты начала действия плана. Верните заполненную форму по вышеуказанному адресу или по факсу (518) 485-6172.

Заявления, отправленные за 4 недели до даты начала действия плана, рассматриваться не будут.

Информация о работодателе

1. Наименование работодателя _____

2. Регистрационный номер работодателя

		-					
--	--	---	--	--	--	--	--

3. Код местоположения (при наличии)

9	8	-					
---	---	---	--	--	--	--	--

Информация о плане

4. Это: А. Новый план В. Измененный действующий план

5. **Дата начала действия плана.** Какая дата введения этого плана в действие для вас предпочтительна? _____
Примечание. Дата начала действия плана должна приходиться на понедельник.

Контакты

6. Имя и фамилия контактного лица

7. Должность

8. Адрес эл. почты

9a. Почтовый адрес (номер дома, улица)

9b. Город

9c. Штат, почтовый индекс

10. Рабочий телефон
(в том числе код региона)

11. Сколько человек работает у вас в штате Нью-Йорк? _____

12. Приведите оценочное число работников, которые были бы уволены без программы сокращения рабочих часов (Shared Work Program): _____

13. Будут ли принимать участие в этой программе какие-либо работники со сдельной оплатой труда? Да Нет
Если да, приведите более подробную информацию об организации работы со сдельной оплатой труда.
Предоставьте копии любых договоров или описаний методов оплаты труда работников.

14. **Согласование с агентом (-ами) по заключению коллективных договоров**

1. Название профсоюза: _____	2. Название профсоюза: _____
Местный номер: _____	Местный номер: _____
Имя и фамилия: _____	Имя и фамилия: _____
Должность: _____	Должность: _____
Улица: _____	Улица: _____
Город: _____	Город: _____
Штат: _____ Почтовый индекс: _____	Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Телефон: () _____	Телефон: () _____
Подпись: _____	Подпись: _____

Если у вас есть другие агенты по заключению коллективных договоров, предоставьте информацию на отдельном листе и приложите его к этому заявлению.

Подтверждение работодателя

Я подтверждаю следующее.

- A. Без программы сокращения рабочих часов я бы увольнял(а) рабочих. Уменьшенное или ограниченное количество часов для всех рабочих, включенных в эту программу сокращения рабочих часов, равняется часам, которые были бы потеряны из-за уволенных рабочих.
- B. Страхование здоровья, медицинское страхование, пенсионные начисления или любые другие дополнительные льготы, действующие до подачи заявления на участие в программе сокращения рабочих часов, не будут ликвидированы или уменьшены, если только такие льготы не будут ликвидированы или уменьшены для всех рабочих коллектива.
- C. Во время действия плана дополнительные работники в участвующий в программе отдел наниматься не будут.
- D. Я уведомил(а) своих работников о предполагаемом введении плана сокращения рабочих часов.
- E. Выплаты в рамках программы сокращения рабочих часов могут зачисляться на мой счет страхования по безработице (опытная система оценки или возмещение).
- F. Руководитель по запросу получит отчеты, необходимые для надлежащего управления планом. Руководитель может получить доступ ко всем документам, необходимым для проверки плана до одобрения и оценки его использования.
- G. Профсоюз(ы), представляющий (-ие) работников, определенных как участники, просмотрел(и) план и дал(и) на него письменное согласие, которое будет храниться и предъявляться по запросу.

Наименование работодателя _____ Должность _____
(впишите или напечатайте)

Подпись _____ Дата _____

Подпись ставит должностное лицо компании, индивидуальный предприниматель или главный партнер.