

WE ARE YOUR DOL



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

Domanda per Programma di lavoro condiviso

Istruzioni:

- Scrivere a macchina o stampatello in inchiostro nero. Compilare entrambe le pagine.
- Restituire il modulo compilato e firmato all'indirizzo sopra indicato, oppure inviarlo via fax al numero (518) 485-6172.
- **La domanda deve pervenire al Dipartimento del lavoro entro il lunedì che precede di tre settimane la data di inizio del piano.**
 - Non saranno prese in considerazione le domande inviate quattro (4) settimane prima della data di inizio del piano.

Informazioni sul datore di lavoro

1. Nome del Datore di lavoro: _____
2. Numero di registrazione del Datore di lavoro: _____ - _____
3. Codice sede (eventuale): 9 8 - _____

Informazioni sul piano

4. La presente domanda riguarda (selezionare una sola opzione):
 Nuovo piano Modifica di un piano esistente
5. In che data desidera che inizi questo piano? Deve essere un lunedì. _____

Dati di contatto

6. Nome della persona da contattare: _____
7. Titolo: _____
8. e-mail: _____
9. Indirizzo postale:
 - 9a. Indirizzo e numero civico: _____
 - 9b. Località: _____
 - 9c. Stato: _____
 - 9d. Codice postale: _____
10. Telefono lavoro con prefisso di area: _____ int. _____

Informazioni sui dipendenti

11. Quanti dipendenti ha nello Stato di New York? _____
12. Indichi una stima del numero di dipendenti che avrebbe dovuto licenziare senza il Programma di lavoro condiviso: _____
13. Vi sono dipendenti che parteciperanno a questo programma che riceveranno salari calcolati a cottimo?
 Sì No

Se ha risposto sì, indichi i dettagli delle intese sul lavoro a cottimo. Fornisca copia degli eventuali accordi o delle descrizioni su come vengono retribuiti i dipendenti.

4 Consenso del rappresentante/dei rappresentanti della contrattazione collettiva

1. Nome del sindacato: _____	2. Nome del sindacato: _____
Numero locale: _____	Numero locale: _____
Nome: _____	Nome: _____
Titolo: _____	Titolo: _____
Indirizzo civico: _____	Indirizzo civico: _____
Località: _____	Località: _____
Stato: _____ Codice postale: _____	Stato: _____ Codice postale: _____
Telefono: _____ int. _____	Telefono: _____ int. _____
Firma: _____	Firma: _____

Se sono presenti più Rappresentati della contrattazione collettiva, fornisca i loro dati su un foglio a parte, che allegherà a questa domanda.

Certificazione del Datore di Lavoro

Attesto quanto segue.

- A. L'assicurazione sanitaria, l'assicurazione medica, il piano pensionistico e ogni altra prestazione accessoria in atto prima della presente domanda di Lavoro condiviso non saranno eliminate né ridotte, a meno che le prestazioni in oggetto siano eliminate o ridotte per tutto il personale.
- B. Il sindacato o i sindacati che rappresentano i dipendenti identificati come partecipanti hanno esaminato il piano e fornito il consenso scritto al riguardo. Tale consenso sarà conservato agli atti ed esibito su richiesta.
- C. Senza il Programma di lavoro condiviso, avrei dovuto licenziare lavoratori.
 - Il numero di ore ridotte o limitate per tutti i dipendenti inseriti nel presente Programma di lavoro condiviso corrisponde esattamente alle ore eventualmente decurtate con il licenziamento dei lavoratori.
- D. Non saranno assunti ulteriori dipendenti per il gruppo interessato per tutta la durata del piano.
- E. I pagamenti delle prestazioni del Lavoro condiviso saranno addebitati sul mio conto dell'assicurazione contro la disoccupazione (valutati sull'esperienza o rimborsabili).
- F. Concordo che nessun partecipante al programma riceverà in totale più di ventisei settimane di prestazioni, esclusa la settimana di attesa.
- G. I ho fornito al mio personale la comunicazione relativa al Piano di lavoro condiviso proposto.
 - Se non sono in grado di fornire tale comunicazione, ho fornito una spiegazione in un foglio a parte allegato alla presente domanda.
- H. Alla domanda 12 ho fornito una stima precisa del numero di dipendenti che sarebbero licenziati se non riuscissi a partecipare al Programma di lavoro condiviso.
- I. I termini e l'attuazione del presente piano saranno integralmente conformi ai doveri del datore di lavoro ai sensi delle leggi federali e statali vigenti.
- J. Su richiesta, il Commissario riceverà le relazioni necessarie per la corretta amministrazione del piano. Il Commissario ha la facoltà di accedere a tutta la documentazione necessaria alla verifica del piano prima dell'approvazione e alla valutazione del suo impiego.

Firma di un funzionario aziendale, del titolare unico o del socio accomandatario:

_____ Data: _____

Scrivere a macchina o stampatello il nome: _____

Titolo: _____