

**ИЗВЕЩЕНИЕ О СОКРАЩЕНИИ ЗАРАБОТКОВ**

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	EDD USE ONLY Interviewer's Initial
<p><b>Примечание.</b> Форму DE 2063 использовать только для последовательных семидневных периодов, соответствующих зарплате за неделю. Если Вы платите своим работникам реже, чем раз в неделю, Вам нужно выдать форму DE 2063 за каждую календарную неделю (с воскресенья по субботу) частичной занятости. <b>ОТВЕТИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ.</b></p>			AC

**ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ ЗА НЕДЕЛЮ, ОКОНЧИВАЮЩУЮСЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ДАТОЙ:** \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГ)

- Общий заработок (до вычетов) был (если заработков не было, указать Ø) ..... ► \$ \_\_\_\_\_
- Эта заработная плата за всю работу, проделанную работником за неделю? ..... ►  Да  Нет  
(а) Если ответ «Нет», указать даты \_\_\_\_\_  
(б) ПРИЧИНА: \_\_\_\_\_
- Почему этот работник занят не полностью? (Выберите один ответ)  
Сокращение в связи с отсутствием работы (в том числе сокращение числа часов)  Уволен  Уволился добровольно
- Введите дату **последнего** дня, когда этот работник трудился на вас на любой работе — до наступления или в течение недели, оканчивающейся указанной выше датой: \_\_\_\_\_ (ММ/ДД/ГГ)

**СЕРТИФИКАЦИЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ:** Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что сумма, указанная в пункте 1, представляет собой сокращенный заработок за неделю (т.е. меньше, чем за полную занятость), поскольку не было работы. Исключения приведены в пункте 2.

УКАЖИТЕ

Название Вашей компании	Номер телефона
Дом, улица, помещение	Город
	Почтовый индекс
<b>X</b>	
Подпись работодателя	Идентификационный номер работодателя (EIN)
ДАТА ВЫДАЧИ ЭТОЙ ФОРМЫ РАБОТНИКУ: _____ (ММ/ДД/ГГ)	

ЭТУ ФОРМУ НУЖНО ЗАПОЛНЯТЬ СРАЗУ **ПОСЛЕ** УКАЗАННОЙ ВЫШЕ ПОСЛЕДНЕЙ ДАТЫ НЕДЕЛИ ОПЛАТЫ

**ЗАЯВИТЕЛЬ:**

Вы должны заполнить этот раздел. Эти вопросы и Ваши ответы касаются зарплаты за неделю, которая окончилась на указанную выше дату.

- Были ли какие-нибудь причины, кроме отсутствия работы, по которым Вы не могли быть полностью заняты каждый рабочий день этой недели? ..... ►  Да  Нет  
(1) Если да, укажите причины, даты и время, когда Вы не могли работать: \_\_\_\_\_
- Работали ли Вы по каким-нибудь дням этой недели на кого-нибудь, кроме своего обычного работодателя? (Включая самозанятость.) ..... ►  Да  Нет  
(1) Имя/название работодателя? \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
(2) Сколько Вы заработали до вычетов у этого работодателя (независимо от того, работу вам уже оплатили или нет)? ..... ► \$ \_\_\_\_\_  
(3) Даты, когда работали: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_. Причина, по которой больше не работаете: \_\_\_\_\_
- Получаете ли Вы какую-нибудь пенсию, **кроме** социального страхования (Social Security)? ..... ►  Да  Нет  
(1) Если да, изменилась ли ее сумма с тех пор, как Вы последний раз о ней отчитывались? ..... ►  Да  Нет  
(2) Если изменилась, укажите **новую** сумму без учета налогов. .... ► \$ \_\_\_\_\_  
Объясните причину этого изменения: \_\_\_\_\_
- Изменился ли за эту неделю Ваш адрес или номер телефона? ..... ►  Да  Нет  
(1) Если да, укажите ниже.
- Если Вы хотите, чтобы со средств, заработанных за указанную неделю, был удержан федеральный налог, отметьте здесь →

**СЕРТИФИКАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ.** Я понимаю вопросы этой формы. Я знаю, что если с целью получения пособия я сообщу неверные сведения или не сообщу определенные факты, то могу понести наказание по закону. Мои ответы правдивые и правильные. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что я гражданин США или иностранец, которому Служба гражданства и иммиграции (U.S. Citizenship and Immigration Services) установила необходимый иммиграционный статус и разрешила работать.

<b>X</b>	
(требуется Ваша подпись)	Номер телефона
Дом, улица, квартира	Город
	Почтовый индекс

**ПРИМЕЧАНИЕ.** ДЕПАРТАМЕНТ ТРУДОУСТРОЙСТВА (EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT, EDD) ДОЛЖЕН ПОЛУЧИТЬ ЭТУ ЗАЯВКУ НЕ ПОЗДНЕЕ 28 ДНЕЙ ПОСЛЕ ДАТЫ ЕЕ ВЫДАЧИ. **ИСКЛЮЧЕНИЕ.** ЕСЛИ ВЫ ЗНАЕТЕ, ЧТО БУДЕТЕ ПОЛНОСТЬЮ БЕЗРАБОТНЫМ НА ПРОТЯЖЕНИИ БОЛЕЕ ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ НЕДЕЛЬ, ОБРАТИТЕСЬ В ДЕПАРТАМЕНТ EDD **НЕМЕДЛЕННО.**