

مدينة كليفلاند



CITY OF CLEVELAND
Mayor Frank G. Jackson

دائرة التنمية الاقتصادية

منحة دعم عمليات الشتاء مطعم

خصصت مدينة كليفلاند 500,000 دولار أمريكي لتقديم منح تصل إلى 5,000 دولار أمريكي للمساعدة في دعم مطاعمنا حيث تستثمر في المعدات والمواد لتشغيل الأماكن الخارجية طوال شتاء 2020-2021 خلال جائحة COVID-19.

تقبل المدينة الطلبات حتى 30 نوفمبر 2020. ومن المتوقع أن يتم الإعلان عن الجوائز بحلول 11 ديسمبر 2020. والأموال التي تنفق بعد 1 مارس 2020 مؤهلة لسدادها في إطار المنحة.

A. هوية مقدم الطلب:

التاريخ:

1. الاسم القانوني للأعمال التجارية: _____
2. الاسم الشائع للأعمال (إن وجد): _____
3. عنوان العمل: (التشغيل) _____

4. واردة: _____ فرد في المجلس: _____
5. رقم الهاتف: _____ رقم معرف دافعي الضرائب: _____
6. مالك (أصحاب) الأعمال: _____
7. عنوان البريد الإلكتروني: _____
8. عنوان البريد: (إذا جئنا وذهابا مختلفة
m عنوان التشغيل) _____

9. عند فتح الأعمال التجارية: _____

B. طلب التمويل:

1. مبلغ التمويل المطلوب (حتى 5000 دولار): _____

2. أموال المنح شراء أو استئجار المعدات والتجهيزات (سخانات، مؤقتة "igloo" الهياكل، والمظلات الخ) اللازمة للعمل مع الوصول في الهواء الطلق خلال فصل الشتاء.
يرجى تفصيل الاستخدامات المتوقعة للأموال:

C. بيان الحاجة:

يرجى تقديم المعلومات التالية حول العمليات المخطط لها:

- بلدي الأعمال لديها الوصول إلى فناء في الهواء الطلق كجزء من عملياتنا العادية
- عملي لديه إمكانية الوصول إلى مساحة عامة في الهواء الطلق ، الرصيف ، الحق في الطريق ، أو غيرها من هذه المساحة ، أو إلى مساحة خاصة في الهواء الطلق(أي موقف للسيارات ، green space) التي وافقت على السماح لعملياتي.
- عملي لا يملك الوصول إلى مساحة في الهواء الطلق ولكن خطط للعمل مع كبيرة في الهواء الطلق "الجدار أقل" الوصول (النوافذ المفتوحة، "أبواب المرآب" أو أماكن الإقامة المماثلة) من شأنها زيادة التهوية في جميع أنحاء المطعم.

يرجى تقديم بيان موجز يصف خططكم التشغيلية:

D. ملف الأعمال:

1. عدد الموظفين اعتبارا من 1 مارس 2020 (قبل COVID)

2. عدد الموظفين اعتبارا من تاريخ تقديم الطلب:

3. التحقق من الأعمال الصغيرة المؤهلة (يرجى التحقق من واحد):

_____ مقدم الطلب ليس عملية سلسلة مملوكة وطنيا.

_____ إذا كان مقدم الطلب هو امتياز، وأصحاب الامتياز الرئيسيين هم من سكان ولاية أوهايو

_____ إذا كان مقدم الطلب هو امتياز، فإن المالكين الرئيسيين للامتياز هم من سكان مدينة كليفلاند

_____ مقدم الطلب هو عمل تجاري لا يزيد عن 500 موظف.

_____ مقدم الطلب هو تعاونية لا يزيد عدد موظفيها عن 500 موظف.

_____ مقدم الطلب هو خطة ملكية أسهم الموظفين (ESOP)، كما هو محدد في C. 15 الولايات المتحدة، مع ما لا يزيد عن 500 موظف.

_____ مقدم الطلب هو مصدر قلق قبلي للأعمال التجارية الصغيرة، كما هو موضح في C. 15. 657 (ب) (2) (جيم)، ولا يزيد عدد الموظفين عن 500 موظف.

_____ مقدم الطلب هو الأعمال التجارية، بما في ذلك التعاونية الزراعية، ومشروع تربية الأحياء المائية، والحضانة، أو المنتج التعاونية، التي هي صغيرة تحت معايير SBA الحجم وجدت في <https://www.sba.gov/size>-المعايير..

_____ مقدم الطلب هو الأعمال التجارية مع أكثر من 500 موظف صغير تحت معايير SBA الحجم وجدت في <https://www.sba.gov/size>-المعايير..

4. النشاط التجاري المؤهل / الشهادات (يجب التحقق من جميع):

_____ مقدم الطلب لا يشارك في أي نشاط غير قانوني (كما هو محدد من قبل القانون الاتحادي، الدولة، أو المحلية واللوائح).

_____ لا يوجد رأس المال لمقدم الطلب الذي لديه 50% أو أكثر من فوائد الملكية أكثر من سنتين (60) يوماً من عدم الوفاء بالتزامات إعالة الطفل.

_____ مقدم الطلب، وأي الشركات التابعة لها، لا تزيد عن سنتين (60) يوماً من دون دفع أي مدفوعات ضريبية أو حكومية أو محلية أو مدفوعات تأمين البطالة أو مدفوعات تعويض العامل أو ما شابه ذلك من المدفوعات المطلوبة.

_____ مقدم الطلب، وأي الشركات التابعة لها، لا تزيد عن سنتين (60) يوماً من عدم الدفع بأي دفعات على أي قروض يتم الحصول عليها من مدينة كليفلاند، اعتباراً من 1 مارس 2020.

_____ مقدم الطلب ليس مؤسسة زراعية (على سبيل المثال، مزرعة)، بخلاف مشروع تربية الأحياء المائية، التعاونية الزراعية، أو الحضانة.

_____ مقدم الطلب لا يقدم عروضاً ذات طبيعة جنسية مُنصفة أو تستمد بشكل مباشر أو غير مباشر أكثر من الحد الأدنى من إجمالي الإيرادات من خلال بيع المنتجات أو الخدمات، أو تقديم أي صور أو عروض، ذات طبيعة جنسية مُنحرفة.

_____ مقدم الطلب ليس في مجال الضغط.

_____ مقدم الطلب، وأي مالك له، لا يعمل في مدينة كليفلاند. المتقدمون الذين هم مقاولون إلى مدينة كليفلاند مؤهلون.

E.

قائمة التحقق من القرض:

يجب إرسال الأصناف التالية قبل الإغلاق. لا تحتاج إلى أن تقدم مع الطلب. وستقوم إدارة التنمية الاقتصادية بالتواصل مباشرة للحصول على هذه المعلومات.

_____ وثائق الشركة:

مواد التأسيس (إن وجدت)

اتفاقية الشراكة (إن وجدت)

شهادة حسن الدائمة (وزير خارجية ولاية أوهايو)

_____ البيانات المالية للسنة السابقة

_____ الإقرار الضريبي لعام 2018 أو 2019.

_____ نسخة من التأجير (إذا كان التأجير العقاري)

تقديم الإقرار

المعلومات الواردة هنا صحيحة وكاملة وصحيحة على حد علمي. أقرّ بأنّ لديّ السلطة لتقديم طلب للحصول على أموال نيابة عن العمل الموصوف هنا. وأنا أفهم أن هذه المعلومات قد تكون للمراجعة العامة. من خلال التوقيع أدناه، يوافق الموقعون أدناه على أن الأموال ستستخدم لأغراض تجارية فقط وليس للاستخدام المنزلي أو الشخصي أو المستهلك. أفهم أن أي بيان كاذب في هذا السجل قد يعرض مقدم الطلب إلى أن يتم استبعاده من النظر. أفوض مدينة كليفلاند وموظفيها للحصول على أي معلومات ضرورية، بما في ذلك السجلات الضريبية أو الدرجات الائتمانية أو غيرها من المعلومات المالية، ذات الصلة بطلب القرض وعملية المراجعة.

أفهم أن جميع المعلومات التي حصلت عليها المدينة ستبقى سرية

وفقا للقوانين المحلية، وقوانين الولايات، والقوانين الاتحادية المعمول بها.

اسم مقدم الطلب

بواسطة:

تاريخ

موظف شركة أو شريك في الشركة

أو

بواسطة:

تاريخ

الفردية

ملاحظة: يجب أن تنتظر المدينة في جميع المعلومات المقدمة من قبل مقدم الطلب لتكون السجل العام في غياب أدلة واضحة على أن المعلومات المقدمة لا ينبغي أن يتم الإفراج عنها، وفقا لقانون أوهايو المنقحة القسم 149.43.

مدينة كليفلاند
قانون العمل العادل



إشعار إلى المتقدمين للحصول على المساعدة المالية للمدينة. وافق مجلس مدينة كليفلاند على قانون العمل العادل في 19 يونيو 2000 ليكون سارياً في الأول من يناير من عام 2001 .

يخضع عقد المساعدة المالية الذي قد يتم منحه بموجب هذا الطلب إلى مدينة كليفلاند أجر العمل العادل، الفصل 189 من المراسيم المقننة في كليفلاند (C.C.O)، والذي يتطلب، من بين أمور أخرى، أنه ما لم يتم تطبيق إعفاءات محددة، يجب على **أصحاب العمل المشمولين**، كما هو محدد، بموجب عقود مع المدينة دفع أجر العمل العادل **للموظفين المشمولين**، كما هو محدد. قد يؤدي عدم الامتثال لهذا الفصل و/أو أي لوائح تنفيذية إلى إنهاء العقد أو الامتناع عن التعاقد مع العقود المستقبلية.

المرفقات:

- ملحق 1 إعلان عدد الموظفين
- الملحق 2 إعلان تغطية التأمين الصحي
- مرفق 3 إفادة خطية من الامتثال للـ C.O. الفصل 189
- المرفق 4 عقود المساعدة الحالية
- سيتم تقديم الملحق 1-3 إلى مجلس المدينة

أجر العمل العادل: أجر العمل العادل هو 10.00 دولار في الساعة ابتداء من 1 أكتوبر 2005. بعد ذلك، سيتم تعديل معدل أجور العمل العادلة من قبل مدينة كليفلاند كل عام بما يتناسب مع مؤشر أسعار المستهلك لشمال شرق أوهايو، كما نشره مكتب إحصاءات العمل، وزارة العمل الأمريكية.

ينطبق قانون التوظيف العادل على أصحاب العمل المشمولين التاليين:

1. أي شخص أو كيان متلقي للمساعدة من المدينة بقيمة إجمالية قدرها 75,000 دولار أمريكي ولم يتم منحه إعفاء من هذا القانون، أي:

- (a) صاحب عمل يهدف للربح لديه ما لا يقل عن 20 موظفاً في وقت تنفيذ الاتفاق مع المدينة، أو
- (b) أي صاحب عمل غير ربحي لديه 50 موظفاً على الأقل وقت تنفيذ الاتفاق مع المدينة ونسبة الراتب بين أعلى الموظفين أجراً وأدنى أجر هي أكثر من 5 إلى 1.

أو

2. شركة أو شخص مستأجر أو مستأجر لمستلم المساعدة ويشغل ممتلكات أو يستخدم معدات أو ممتلكات يتم تحسينها أو تطويرها نتيجة للمساعدة، وهي إما:

- (a) صاحب عمل يهدف للربح لديه ما لا يقل عن 20 موظفاً في وقت تنفيذ الاتفاق مع المدينة، أو
- (b) أي صاحب عمل غير ربحي لديه 50 موظفاً على الأقل وقت تنفيذ الاتفاق مع المدينة ونسبة الراتب بين أعلى الموظفين أجراً وأدنى أجر هي أكثر من 5 إلى 1.

أو

3. مقول أو متعاقد من الباطن لمتلقي المساعدة يقدم خدمة في المشروع أو المسألة التي تلقى متلقي المساعدة المساعدة بشأنها.

يعني متلقي المساعدة أي شخص أو كيان **يدخل في** عقد أو أكثر مع مدينة المساعدة **وأي** شخص أو كيان متلقي **مباشر** للمساعدة. المساعدة تعني أي شكل من أشكال المساعدة في المدينة التي يتم منحها أو إعادة التفاوض بشأنها أو تجديدها بعد 1 يناير 2001.

- وتشمل المساعدة منحاً؛ والمساعدات المقدمة من الإعانة المالية؛ والمساعدات المقدمة من قروض التنمية الاقتصادية؛ الإعفاءات الضريبية والحوافز والتخفيضات؛ الشركات التابعة والسندات.
- ولا تشمل المساعدة المساعدة المالية المقدمة لتنمية المساكن أو إعادة تأهيلها أو غيرها من وسائل توفيرها؛ والمساعدة المالية التي ترد من حكومة أخرى أو كيان آخر تعمل المدينة فقط كقناة أو وكيل مالي للأموال التي لا تمارس فيها المدينة أي سيطرة على تحديد هوية أي من المستفيدين أو شروط العقد.
- وتقدر المساعدة بقدر ما يستمد المتلقي فائدة نقدية من المدينة. على سبيل المثال، القروض هي المساعدة فقط بقدر ما يتم غفرانها أو خصمها أقل من سعر السوق المتاح على مدى فترة القرض، والإعفاءات الضريبية والحوافز والتخفيضات هي المساعدة إلى حد التخفيض الضريبي الذي يحققه المتلقي.

***القيمة الإجمالية تعني الفائدة الفعلية بالدولار التي تم تلقيها من المساعدة خلال مدة المساعدة. The ينطبق قانون التوظيف العادل على الموظفين المشمولين الذين هم أي أشخاص يعملون لدى صاحب عمل مشمول والذين هم من متلقي المساعدة من المدينة.**

فيما يلي ليسوا موظفين مشمولين:

- الأفراد الذين يقدمون خدمات تطوعية غير معوق عليها
- الأفراد في برامج التدريب الوظيفي حيث يتم توفير التدريب الوظيفي والتعليم في الفصول الدراسية للعملاء من أجل تطوير مهارات متخصصة جديدة للعمل ويعتبر الفرد عميلاً للبرنامج على الرغم من أن الفرد يحصل على تعويض
- الموظفون الذين يعملون في أعمال البناء العام يخضعون لقوانين معدل الأجور على الولايات والقوانين الاتحادية
- الموظفون المشمولون باتفاقات المفاوضة الجماعية أو قانون عمل السكك الحديدية
- موظفو مؤسسات البيع بالتجزئة التجارية
- الأشخاص الذين لا يعملون في ولاية أوهايو
- الأشخاص دون سن 18 سنة
- موظفو مشاريع الإسكان السكني/الإسكان الفردي والأسري المتعددة
- الموظفون الذين يعملون في المتوسط أقل من 30 ساعة في الأسبوع

حوافز تأمين الرعاية الصحية

وينص المرسوم على أن تقوم الإدارات السارية بتقديم حوافز مالية إضافية للمستفيدين من المساعدة الذين يقدمون تأميناً معقولاً للرعاية الصحية لموظفيها المشمولين الذين يعملون 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع خلال مدة العقد للحصول على المساعدة. ومن الأمثلة على هذه الحوافز شروط أكثر ملاءمة للحصول على قرض، مثل انخفاض أسعار الفائدة، وارتفاع نسبة الضرائب التي يتعين خصمها أو تخفيفها، وزيادة مبلغ المنحة، وما إلى ذلك. من أجل التأهل للحصول على حافز، يجب أن يكون التأمين الصحي المقدم للموظفين مماثلاً لخطة تأمين الرعاية الصحية للأسرة التي تقدمها المدينة لموظفيها. يجب تقديم دليل على العرض أو الحكم أو نية تقديم أو تقديم مزايا تأمين الرعاية الصحية المعقولة التي تؤهل صاحب العمل المشمول للحصول على هذه الحوافز إلى الإدارة المعمول بها عند الطلب.

الإعفاءات من قانون العمل العادل

يجوز لمجلس مدينة كليفلاند، بموجب مرسوم، منح إعفاء جزئي أو كامل من متطلبات قانون العمل العادل على أساس المشقة. للحصول على هذا الإعفاء، يجب عليك إظهار ضرر معين ومحدد قد يشعر به بشكل فريد إذا كان سيتم تطبيق الفصل 189. ولن يكفي الضرر الاقتصادي وحده لإثبات المشقة ما لم يكن من النوع الذي لا يؤثر على أي منافس فعلي آخر على العقد أو العقد من الباطن أو الإيجار. 12- قد توفر الأنواع التالية من الضرر المحدد أسباباً لإعفاء من المشقة:

- (1) خسارة في الربحية من شأنها أن تؤدي إلى إلغاء الوظائف.
- (2) خسارة في الأرباح من شأنها أن تؤثر بشكل كبير على استقرارك على المدى الطويل. (3) عائق في القدرة على تقديم الخدمة للوكالات غير الربحية.

وينبغي تقديم طلب الإعفاء إلى الإدارة المعنية. يجب أن يتضمن طلبك الأجور التي تدفعها لموظفيك، وشرح مفصل لكيفية دفع أجر العمل العادل سوف يسبب ضرراً خاصاً لك والبيانات المالية الداعمة أو غيرها من الوثائق. يقوم مدير الإدارة المعنية بمراجعة الطلب وتحديدته في غضون 10 أيام والرد على مقدم الطلب كتابة، مع بيان أسباب القرار. وإذا أوصى المدير بالإعفاء، سيتسبب المدير في صياغة التشريعات وتقديمها إلى مجلس مدينة كليفلاند. ويجب على المجلس بعد ذلك أن ينظر في التشريع وأن يقره قبل منح الإعفاء.

- متطلبات الامتثال بموجب قانون العمل العادل
- يحتفظ كل صاحب عمل مشمول بالرواتب والسجلات ذات الصلة لجميع الموظفين المشمولين لمدة 3 سنوات بعد إنهاء اتفاقك مع المدينة. يجب أن تحتوي هذه السجلات على ما يلي لكل موظف مشمول:
- أسماء الموظفين، والعنوان، والملقب الوظيفي، والتصنيف
 - عدد ساعات العمل اليومية، والأجور الإجمالية المكتسبة، والاقطاعات، والأجور الصافية المدفوعة
 - سجل المساهمات في خطط الرعاية الصحية
 - أي بيانات أخرى قد يطلبها القسم المعمول به أو مجلس مدينة كليفلاند
 - بناء على طلب من المدينة، يجب على صاحب العمل المشمولة توفير الوصول إلى سجلات الرواتب المطلوب الاحتفاظ بها، ويجب أن تسمح لممثلي المدينة لمراقبة العمل الذي يجري القيام به ومقابلة الموظفين حسب الاقتضاء لرصد الامتثال أو للتحقيق في تهمة عدم الامتثال للفصل 189.

متطلبات إشعار العمل العادل

يجب عليك أنت أو كيانك تقديم إشعار للموظفين المشمولين بحقوقهم الناشئة بموجب قانون التوظيف العادل. ستقدم لك المدينة هذا الإشعار، ويجب عليك نشره في مكان واضح يرتاده الموظفون المشمولون في مكان عملهم.

شروط انتمان الدخل المكتسب

يجب عليك أنت أو كيانك إبلاغ الموظفين الذين يكسبون أقل من 12.00 دولارًا أمريكيًا في الساعة عن حقهم المحتمل في انتمان الدخل المكتسب الفيدرالي (EIC) أو المبلغ الذي قد يتم تعديله من وقت لآخر بموجب القانون الفيدرالي وتوفير نماذج للموظفين لإبلاغهم بـ EIC والنماذج المطلوبة لتأمين مدفوعات EIC مسبقًا من صاحب العمل في غضون 30 يومًا من التوظيف. وتقدم هذه الاستمارات باللغات الانكليزية والاسبانية وغيرها من اللغات التي يتكلمها عدد كبير من الموظفين.

توظيف سكان المدينة

يحدد مقدم الطلب هدفًا بأن يكون 40% على الأقل من الأشخاص المعينين حديثًا لأداء العمل في عقود تلقي المساعدة المالية من سكان مدينة كليفلاند.

الامتثال للقانون الاتحادي

يلتزم مقدم الطلب بجميع قوانين العمل الفيدرالية المعمول بها، بما في ذلك قانون علاقات العمل الوطني.

ملحق 1 إعلان عدد الأشخاص المستخدمين من قبل مقدم الطلب

1. هل شركتكم/منظمتكم تسعى للربح _____ أو غير ربحية؟ ____ ؟
2. عدد الموظفين الحاليين/النشطين على جدول _____ الرواتب؟
3. عدد الموظفين إذا تم منح _____ العقد؟
4. إذا كانت شركتكم/مؤسستك كيانًا غير ربحي، ما هو أعلى مبلغ يتم دفعه لأي موظف (يرجى تحديد ما إذا كان المبلغ يدفع سنويًا أو أسبوعيًا أو أسبوعيًا أو بالساعة) weekly_____ .
5. إذا كانت شركتكم / مؤسستك كيانًا غير ربحي، فما هو أقل مبلغ يتم دفعه لأي موظف (يرجى تحديد ما إذا كان المبلغ يدفع سنويًا أو أسبوعيًا أو أسبوعيًا أو بالساعة) . weekly

التوقيع المطبوع

الملحق 2

إعلان تغطية التأمين الصحي

يجب على جميع المتقدمين إكمال الأسئلة 1 و 2. لكي تكون مؤهلاً للحصول على حوافز مالية إضافية على أساس توفير خطة تأمين صحي معقولة، يجب أن يتم استكمال هذه الاستمارة. إذا كنت لا تسعى هذا التفضيل لا تكمل الأسئلة 3-5. يجب أن يتم توقيع هذا النموذج.

1. هل تقدم شركتك/ مؤسستك تأميناً صحياً لموظفيك الذين يعملون 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع؟ نعم _____ أو لا _____

2. ما هي الخطوط العريضة الأساسية لأي خطط تأمين صحي تقدمها شركتكم أو مؤسستك لموظفيك؟

3. يرجى تقديم المعلومات المحددة التالية حول جميع خطط التأمين الخاصة بالرعاية الصحية المقدمة للموظفين الذين يعملون 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع.

▪ مبلغ المساهمة الشهرية للموظف في خطة تأمين الرعاية الصحية. _____

▪ مبلغ خصم أي موظف لتغطية الخطة. _____

▪ مبلغ أي مدفوعات مشاركة للموظف لتغطية الخطة. _____

▪ هل يتم تقديم تأمين الأسنان للموظفين؟ _____

▪ وصف نطاق الخدمات المقدمة في إطار أي تغطية للخطة. _____

4. هل عرضت تأمين صحي لموظفيك رفضوا كمجموعة؟ Yes _____ أو No _____

5. إذا أجبت بنعم على السؤال رقم 4، قم بتقديم المعلومات المطلوبة في السؤال رقم 3 أعلاه فيما يتعلق بالخطة المعروضة.

توقيع اسم الشركة	من موظف / الممثل المعتمد
عنوان الشركة/ المدينة/الولاية/رقم الهاتف البريدي	
عنوان اسم الطباعة	
تاريخ منح قسم المدينة نوع المساعدة المالية	

مرفق 3 إفادة خطية من الامتثال لكليفلاند مدونة قانون الفصل 189

مقاطعة كويهاوغا ()
ولاية أوهايو ()

أنا _____ ، أن اليمين حسب الأصول وفقا للقانون وبعد معرفة شخصية من الحقائق المذكورة هنا ، وهنا تنص على ما يلي :

(1) أنا _____ (عنوان) _____ وأنا مخول للتوقيع على هذه الشهادة. (اسم الكيان / الشركة)

(2) الكيان/الشركة المذكورة أعلاه سوف تمتثل لمتطلبات قانون أجور العمل العادلة، قانون كليفلاند المقنن الفصل 189، إذا تم منح عقد عملا بهذا الطلب، وإذا كان الفصل 189 ينطبق على الكيان / الشركة المذكورة أعلاه.

مزید من Affiant سايت نوت.

التوقيع

المطبوعه

عنوان

أقسم على قبلي وأشتركت في حضوري هذا اليوم من , 20 _ .

كاتب عدل عام

انتهاء مدة صلاحية العمولة

ملحق 4 عقود المساعدة الحالية مع المدينة
قم بتقديم المعلومات التالية حول أي عقود مساعدة حالية تم إبرامها بعد 1 يناير 2001، أنت أو شركتك/وكالتك التي لديك مع المدينة.

رقم عقد المدينة: _____

نوع المساعدة: _____

تاريخ انتهاء صلاحية العقد: _____

مبلغ دولار من المساعدة. \$ _____