



CITY OF CLEVELAND
Mayor Frank G. Jackson

ГОРОД КЛИВЛЕНД

ДЕПАРТАМЕНТ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

РЕЗЕРВНЫЙ ФОНД ОБОРОТНОГО КАПИТАЛА

А. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ: **ДАТА:** _____

1. Юридическое Название Бизнеса: _____

2. Тип Бизнеса: _____

3. Адрес Бизнеса (операционный): _____

4. Палата Представителей: _____ Советник: _____

5. Номер Телефона: _____ Идентификационный Номер Налогоплательщика: _____

6. Владелец/Владельцы Бизнеса: _____

7. Адрес Электронной Почты: _____

8. Почтовый Адрес (если отличается от операционного адреса): _____

Б. ЗАПРОС НА ФИНАНСИРОВАНИЕ:

1. Сумма запрашиваемого финансирования: _____

2. Предполагаемое использование средств:

Аренда: _____

Коммунальные услуги: _____

Операционные расходы (укажите в деталях): _____

В. ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ:

В результате COVID-19 на мой бизнес оказали влияние следующие факторы:

- Мой бизнес закрыт по распоряжению штата Огайо
- На работу моего бизнеса значительно повлияли ограничения, введенные штатом Огайо (сокращенные часы работы, ограничения на вывоз и т.д.)
- Мой бизнес был признан штатом Огайо «несущественным»

Оценка неблагоприятных экономических последствий (оценка упущенного дохода в неделю):

\$ _____

Пожалуйста, предоставьте краткое описание экономических последствий: _____

Пожалуйста, опишите шаги, которые вы предприняли для возобновления вашего бизнеса после отмены чрезвычайных мер. Опишите количество времени, которое, по вашему мнению, потребуется для возобновления нормальной работы:

Г. ПРОФИЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

1. Количество сотрудников на 1 марта 2020 г. (до COVID) _____

2. Количество сотрудников на дату подачи заявки: _____

3. Допустимый Тип Малого Бизнеса (отметьте галочкой один вариант):

_____ Заявитель - компания, со штатом не более 500 сотрудников.

_____ Заявитель - физическое лицо, действующее в качестве индивидуального предпринимателя, с сотрудниками или без них, или в качестве независимого подрядчика.

_____ Заявитель - кооператив со штатом не более 500 сотрудников.

_____ Заявитель - это План Владения Акциями Сотрудников (ESOP), как определено в 15 U.S.C. 632, со штатом не более 500 сотрудников.

_____ Заявитель представляет собой племенное предприятие малого бизнеса, как описано в 15 U.S.C. 657a(b)(2)(C), со штатом не более 500 сотрудников.

_____ Заявитель - это предприятие, в том числе сельскохозяйственный кооператив, аквокультурное предприятие, питомник или производственный кооператив, которое является небольшим в рамках SBA - стандарты размеров можно найти на сайте: <https://www.sba.gov/size-standards>.

_____ Заявитель - это компания с более чем 500 сотрудниками, в рамках SBA – стандарты размеров можно найти на сайте: <https://www.sba.gov/size-standards>.

4. Допустимая Коммерческая Деятельность/Сертификаты (всё должно быть отмечено):

_____ Заявитель не занимается какой-либо незаконной деятельностью (как это определено федеральным, штатным или местным законодательством).

_____ Ни одна основная сумма по выплате алиментов на ребенка не просрочена более чем на 60 (шестьдесят) дней Заявителем с 50-процентной или большей долей участия.

_____ Заявитель и любые аффилированные лица не имеют просрочки более шестидесяти (60) дней по любым федеральным, штатным или местным налоговым платежам, а также выплатам по страхованию от безработицы, компенсационным выплатам работникам или аналогичным обязательным платежам.

_____ Заявитель и любые аффилированные лица не имеют просрочки более шестидесяти (60) дней по любым платежам по любым займам, полученным от города Кливленда по состоянию на 1 марта 2020 года.

_____ Заявитель не является сельскохозяйственным предприятием (например, фермерским хозяйством), кроме аквокультурного предприятия, сельскохозяйственного кооператива или питомника.

_____ Заявитель не представляет живые выступления похотливого сексуального характера и не получает прямо или косвенно больше, чем минимальный валовой доход от продажи продуктов или услуг, или представления каких-либо изображений или демонстраций похотливого сексуального характера.

_____ Заявитель не получает более одной трети валового годового дохода от легальной игровой деятельности.

_____ Заявитель не занимается лоббированием.

_____ Заявитель и любые его владельцы не работают в городе Кливленд.
Заявители, являющиеся подрядчиками города Кливленда, имеют право на участие.

Д. КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ССУДЫ:

Следующие документы должны быть представлены до закрытия. Их не нужно подавать вместе с заявлением. Департамент Экономического Развития будет напрямую обращаться за этой информацией.

_____ Корпоративная документация:

- Учредительный Договор (если применимо)
- Соглашение о Партнерстве (если применимо)
- Сертификат о Безупречной Репутации (от Государственного Секретаря Штата Огайо)

- _____ Финансовая Отчетность за предыдущий год
- _____ Налоговая Декларация за 2018 или 2019 год
- _____ Письмо Поддержки от члена Палаты Представителей
- _____ Копия Договора Аренды (при аренде собственности)
- _____ Копия Ведомости Заработной Платы (если требуется возмещение заработной платы)

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОБ ОЗНАКОМЛЕНИИ

Информация, содержащаяся в настоящем документе, является достоверной, полной и правильной, насколько мне известно. Я подтверждаю, что имею право подавать заявку на получение средств от имени компании, описанной в данном документе. Я понимаю, что эта информация может быть предоставлена для всеобщего ознакомления. Подписываясь ниже, нижеподписавшийся соглашается с тем, что средства будут использоваться только для деловых целей, а не для домашнего, личного или потребительского использования. Я понимаю, что любое ложное утверждение в этой записи может привести к исключению заявителя из рассмотрения. Я разрешаю городским властям Кливленда и его сотрудникам получить любую необходимую информацию, включая налоговые отчеты, кредитные рейтинги или другую финансовую информацию, имеющую отношение к заявке на получение кредита и процессу рассмотрения.

Я понимаю, что вся информация, полученная городскими властями, останется конфиденциальной в соответствии с применимыми местными, штатными и федеральными законами.

Имя Заявителя

От: _____
Должностное Лицо Корпорации или Партнер Корпорации *Дата*

ИЛИ

От: _____
Частное Лицо *Дата*

ПРИМЕЧАНИЕ: Городские власти должны рассматривать всю информацию, предоставленную заявителем, как общедоступную при отсутствии явных доказательств того, что представленная информация не подлежит разглашению в соответствии с разделом 149.43 пересмотренного кодекса штата Огайо.



CITY OF CLEVELAND
Mayor Frank G. Jackson

ГОРОД КЛИВЕЛЕНД

ЗАКОН О СПРАВЕДЛИВОМ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ПРЕТЕНДЕНТОВ НА ГОРОДСКУЮ ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ. 19 июня 2000 года Городской Совет Кливленда принял Закон о Справедливом Трудоустройстве, который вступил в силу 1 января 2001 года.

Контракт о финансовой помощи, который может быть заключен в соответствии с этим заявлением, регулируется принципами справедливой заработной платы города Кливленда, главой 189 Закона «Кливлендские Кодифицированные Постановления», которые, среди прочего, требуют чтобы, если не применяются особые исключения, (так называемые) *Покрываемые Работодатели* по контрактах с Городом, выплачивали справедливую заработную плату (так называемым) *Покрываемым Сотрудникам*. Несоблюдение этой Главы и/или любых правил по её применению может привести к расторжению контракта или отказу от участия в будущих контрактах.

Приложения:

- Приложение 1 Декларация о Количестве Сотрудников
- Приложение 2 Декларация о Медицинском Страховании
- Приложение 3 Аффидевит о Соответствии Требованиям (C.O. Chapter 189)
- Приложение 4 Текущие Договоры о Предоставлении Помощи
- Приложение 1-3 будет предоставлено Городскому Совету

Справедливая Заработная Плата: Справедливая заработная плата составляет 10 долларов США в час, начиная с 1 октября 2005 года. После этого уровень справедливой заработной платы будет корректироваться городом Кливленд каждый год пропорционально индексу потребительских цен для северо-востока Огайо, опубликованному Бюро Трудовой Статистики Министерства Труда США.

Закон о Справедливом Трудоустройстве распространяется на следующих Покрываемых Работодателей:

1. Любое физическое или юридическое лицо, являющееся получателем помощи совокупной стоимостью в \$75000 со стороны города, и на которого не распространяются исключения из этого закона, то есть либо:
 - (a) Коммерческий работодатель, имеющий не менее 20 сотрудников на момент заключения соглашения с Городом, или
 - (b) Некоммерческий работодатель, имеющий не менее 50 сотрудников на момент заключения соглашения с Городом, и у которого соотношение заработной платы между наиболее высокооплачиваемыми и низкооплачиваемыми сотрудниками составляет больше чем 5 к 1.

ИЛИ

2. Компания или лицо, которое является арендатором или съёмщиком у Получателя Помощи и которое занимает недвижимость или использует оборудование или собственность, которая была улучшено или усовершенствовано в результате оказания помощи, т.е. тоже:
 - (a) Коммерческий работодатель, имеющий не менее 20 сотрудников на момент заключения соглашения с Городом, или
 - (b) Некоммерческий работодатель, имеющий не менее 50 сотрудников на момент заключения соглашения с Городом, и у которого соотношение заработной платы между наиболее высокооплачиваемыми и низкооплачиваемыми сотрудниками составляет больше чем 5 к 1.

ИЛИ

3. Подрядчик или субподрядчик Получателя Помощи, предоставляющий услуги в рамках проекта или вопроса, по которому Получателю Помощи выдана поддержка.

Город Кливленд

Департамент Экономического Развития

Закон о Справедливом Трудоустройстве

*** *Получатель Помощи* – это любое физическое или юридическое лицо, которое заключает один или несколько контрактов с городом оказания помощи, и любое физическое или юридическое лицо, которое является прямым получателем помощи. *Помощь* - это любая форма городской поддержки, которая предоставляется, пересматривается или возобновляется после 1 января 2001 года.**

- ◇ Помощь включает гранты; ссуды экономического развития; налоговые кредиты, льготы и скидки; дочерние компании и облигации.
- ◇ Помощь не включает финансовую помощь, предоставленную для развития, восстановления или других средств обеспечения жилых домов; финансовая помощь, полученная от другого правительства или другой организации, при которой Город действует только в качестве посредника или финансового агента для этих средств и городские власти не контролируют идентификацию получателя или условия контракта.
- ◇ Помощь оценивается в той степени, в которой Получатель извлекает денежную выгоду от Города. Например, ссуды представляют собой помощь только в той степени, в которой они прощены или дисконтированы ниже доступной рыночной ставки в течение всего срока ссуды, а налоговые кредиты, льготы и скидки представляют собой помощь в той степени, в которой Получатель осуществил снижение налогов.

*** *Совокупная стоимость* означает фактическую выгоду в долларах, полученную от Помощи в течение срока её действия. Закон о Справедливом Трудоустройстве применяется к *Покрываемым Сотрудникам*, которые являются лицами, нанятыми *Покрываемым Работодателем*, который является Получателем Помощи от Города.**

Следующие сотрудники не являются *Покрываемыми Сотрудниками*:

- ◇ Лица, которые предоставляют безвозмездные волонтерские услуги
- ◇ Лица, участвующие в программах профессионального обучения, где клиентам предоставляется профессиональное обучение и аудиторные занятия с целью развития новых специализированных навыков для трудоустройства, и данное лицо будет считаться клиентом программы даже если это физическое лицо получает компенсацию
- ◇ Сотрудники, которые работают на общественных строительных работах попадают под учет государственных и федеральных законов ставок заработной платы
- ◇ Сотрудники охваченных коллективными договорами или Законом о Труде на Железной Дороге
- ◇ Сотрудники коммерческой розничной торговли
- ◇ Лица не работающих в штате Огайо
- ◇ Лица в возрасте до 18 лет
- ◇ Сотрудники жилищных/одно- и многосемейных жилищных проектов
- ◇ Сотрудники, которые в среднем работают менее 30 часов в неделю

Льготы Медицинского Страхования

Постановление предусматривает, что соответствующие департаменты должны предлагать получателям дополнительные финансовые льготы, которые обеспечат разумное страхование здоровья Покрываемых Сотрудников, работающих 30 или более часов в неделю в течение срока действия контракта на оказание помощи. Примеры таких льгот включают более благоприятные условия ссуды, такие как более низкие процентные ставки, более высокий процент налогов, подлежащих зачислению или уменьшению, более высокая сумма гранта и т.д. Чтобы иметь право на льготы, медицинское страхование предоставляемое сотрудникам должно быть сопоставимо с планом семейного медицинского страхования, предоставляемого Городом своим сотрудникам. Доказательства предложения или положения, или намерения предоставить или предложить разумные льготы по страхованию здоровья, позволяющие Покрываемому Работодателю право на такие льготы, должны быть представлены в соответствующий департамент по запросу.

Исключения из Закона о Справедливом Трудоустройстве

Городской Совет Кливленда своим распоряжением может предоставить частичное или полное освобождение от требований Закона о Справедливом Трудоустройстве при необходимости. Чтобы получить это

освобождение, вы должны продемонстрировать конкретный, особый вред, который вы ощутили бы однозначно, если бы применялась Глава 189. Одного экономического ущерба недостаточно для демонстрации трудностей, если только он не относится к типу, который не повлияет на других реальных конкурентов по контракту, субподряду или аренде. Следующие виды конкретного вреда могут служить основанием для подобных исключений:

Город Кливленд

Департамент Экономического Развития

Закон о Справедливом Трудоустройстве

- 1) Потеря рентабельности, которая приведет к сокращению рабочих мест.
- 2) Потеря прибыли, которая существенно повлияет на вашу долгосрочную стабильность.
- 3) Помехи в предоставлении услуг некоммерческим агентствам.

Заявление об исключении следует подавать в соответствующий департамент. Ваш запрос должен включать в себя заработную плату, выплачиваемую вами вашим сотрудникам, подробное объяснение того, как выплата справедливой заработной платы причинит вам особый вред, а также подтверждающие финансовые отчеты или другие документы. Директор соответствующего отдела рассмотрит и вынесет решение по заявке в течение 10 дней и ответит заявителю в письменной форме, указав причины такого решения. Если Директор рекомендует исключение, Директор инициирует разработку законодательного акта и его представление в Городской Совет Кливленда. Затем Совет должен рассмотреть и принять закон, прежде чем будет предоставлено исключение.

Соответствие Требованиям Закона о Справедливом Трудоустройстве

Каждый Покрываемый Работодатель должен вести платежные ведомости и соответствующие записи для всех Покрываемых Сотрудников в течение 3 лет после расторжения вашего соглашения с Городом. Эти записи должны содержать следующую информацию для каждого Покрываемого Сотрудника:

- ◊ Имена, адреса, должности и классификации сотрудников
- ◊ Количество отработанных часов в день, валовая заработная плата, сделанные удержания и выплаченная чистая заработная плата
- ◊ Запись взносов в планы медицинского обслуживания
- ◊ Любые другие данные, которые могут потребоваться соответствующему департаменту или Городскому Совету Кливленда
- ◊ По запросу Города Покрываемый Работодатель должен предоставить доступ к ведомости заработной платы, которую необходимо вести, и позволит представителям Города наблюдать за выполняемой работой и проводить собеседования с сотрудниками по мере необходимости для контроля за соблюдением или для расследования обвинения в несоблюдении положений Главы 189.

Требования к Уведомлению о Справедливом Трудоустройстве

Вы или ваша организация должны будут уведомить Покрываемых Сотрудников об их правах, вытекающих из Закона о Справедливом Трудоустройстве. Город предоставит вам это уведомление, и вы должны разместить его на видном часто посещаемом месте всеми Покрываемыми Сотрудниками.

Требование к Налоговым Льготам

Вы или ваша организация должны проинформировать сотрудников, зарабатывающих менее \$12 в час, об их возможном праве на Федеральные Налоговые Льготы (EIC) или о такой сумме, которая может время от времени изменяться федеральным законом и предоставляться сотрудникам. Это оповещение и необходимые формы для обеспечения авансовых выплат EIC должны быть предоставлены работодателем в течение 30 дней после трудоустройства сотрудников. Эти формы должны быть предоставлены на английском, испанском и других языках, на которых говорит значительное количество сотрудников.

Наём Городских Жителей

Заявитель должен установить цель, чтобы как минимум 40% лиц, вновь нанятых для выполнения работ по контрактам, получающим финансовую помощь, были жителями города Кливленда.

Соблюдение Федерального Законодательства

Заявитель должен соблюдать все применимые федеральные законы о труде, включая Национальный Закон о Трудовых Отношениях.

1. Является ли ваша компания/организация коммерческой _____ или некоммерческой _____ ?
2. Количество настоящих/активных сотрудников на заработной плате _____?
3. Количество сотрудников если будет заключен контракт _____?
4. Если ваша компания/организация является некоммерческой организацией, какова самая высокая сумма, выплачиваемая любому сотруднику (укажите, какая сумма выплачивается ежегодно, раз в две недели, _____ еженедельно _____ или _____ ежечасно) _____.

**Город Кливленд
Департамент Экономического Развития
Закон о Справедливом Трудоустройстве**

5. Если ваша компания/организация является некоммерческой организацией, какова самая низкая сумма, выплачиваемая любому сотруднику (укажите, какая сумма выплачивается ежегодно, раз в две недели, _____ еженедельно _____ или _____ ежечасно) _____.

Подпись

Титул

Подпись печатными буквами

Приложение 2

Декларация Медицинского Страхования

ВСЕ заявители **ДОЛЖНЫ ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОСЫ №1 & 2**. Чтобы иметь право на получении дополнительных финансовых льгот основанных на предоставлении приемлемого медицинского страхования, эта форма должна быть заполнена. Если вы не заинтересованы, не отвечайте на вопросы №3-5. Эта форма должна быть подписана.

1. Предлагает ли ваша компания/организация медицинское страхование сотрудникам, которые работают 30 или более часов в неделю? Да _____ или Нет _____
2. Каковы основные принципы любых планов медицинского страхования, которые ваша компания/организация предлагает своим сотрудникам?

3. Предоставьте следующую конкретную информацию обо всех ваших планах медицинского страхования, предлагаемых сотрудникам, которые работают 30 или более часов в неделю.
 - Размер ежемесячного взноса сотрудника в план медицинского страхования.
 - Размер удерживаемой суммы из оклада сотрудника для покрытия плана.
 - Сумма любых доплат сотрудников для покрытия плана.
 - Предлагается ли стоматологическая страховка сотрудникам?
 - Опишите спектр услуг, предлагаемых в рамках любого покрытия плана.
4. Предлагали ли вы своим сотрудникам медицинскую страховку, от которой они отказались всей группой? Да _____ или Нет _____
5. Если вы ответили утвердительно на вопрос №4, предоставьте информацию, запрошенную в вопросе №3 выше, относительно предлагаемого плана.

Название Компании

Подпись Сотрудника/Уполномоченного Представителя

Адрес Компании/Город/Область/Почтовый Индекс		Номер Телефона
Имя печатными буквами		Титул
Дата	Награждающий Департамент Города	Тип Финансовой Помощи

Город Кливленд
Департамент Экономического Развития
Закон о Справедливом Трудоустройстве

Приложение 3 Подтверждение о Соблюдении Кливлендского Кодифицированного Указа
Глава 189
Округ Куяхога
Штат Огайо

Я, _____, должным образом приведенный к присяге в соответствии с законом и лично осведомленный о фактах, изложенных в этом документе, настоящим заявляю следующее:

- 1) Я являюсь _____ (титул) в _____ (название юридического лица/компания) и имею право подписать это подтверждение.
- 2) Вышеупомянутая организация/компания будет соблюдать требования Закона о Справедливой Оплате Труда, Кливлендского Кодифицированного Указа, Глава 189, если контракт заключен в соответствии с этим заявлением и если Глава 189 применяется к вышеупомянутому лицу/компания.

Приведенное к присяге лицо дальнейших сведений не имеет.

Подпись

Имя печатными буквами

Титул

Присяга проведена передо мной и этот документ подписан в моем присутствии _____,
20__.

Нотариус

Лицензия истекает

Приложение 4

Текущие Контракты с Городом на Оказание Помощи

Предоставьте следующую информацию о каких-либо текущих договорах с Городом на оказание помощи заключенных вами или вашей компанией после 1 января 2001 года.

Городской Номер Контракта: _____

Тип Помощи: _____

Дата Истечения Контракта: _____

Сумма Помощи в Долларах. \$ _____