



City of Cleveland
Mayor Frank G. Jackson

МІСТО КЛІВЛЕНД

ДЕПАРТАМЕНТ ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ

ФОНД КАПІТАЛУ ДЛЯ НАДЗВИЧАЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

A. ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЗАЯВНИКА: _____ **ДАТА:** _____

1. Юридична назва Підприємства: _____

2. Тип бізнесу: _____

3. Адреса Підприємства: (Діюча) _____

4. Підопічна особа: _____ Радник: _____

5. Номер телефону: _____ Номер платника Податків: _____

6. Власник(и) Підприємства: _____

7. Е-мейл: _____

8. Поштова адреса (Якщо інша, ніж діюча): _____

B. ЗАПИТ НА ФІНАНСУВАННЯ:

1. Обсяг необхідного фінансування: _____

2. Передбачуване використання коштів:

Оренда: _____

Комунальні платежі: _____

Операційні витрати (Будь ласка, обґрунтуйте): _____

C. ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПОТРЕБИ:

Мое підприємство постраждало внаслідок негативного впливу COVID-19 наступним чином:

- Мое підприємство було закрито на вимогу штату Огайо
- Господарські операції мого бізнесу зазнали суттєвого впливу в зв'язку з обмеженнями, запровадженими штатом Огайо (скорочені години, впровадження обмежень, тощо)
- Мій бізнес було визнано штатом Огайо як "другорядний"

Оцінений несприятливий економічний вплив (Розрахований втрачений дохід/Тиждень): \$

Будь ласка, надайте коротке підтвердження економічного впливу: _____

Будь ласка, надайте пояснення кроків, які ви вживаєте, щоб забезпечити відновлення бізнесу після втілення надзвичайних заходів. Будь ласка, вкажіть необхідний термін часу, який знадобиться для відновлення нормальної роботи:

D. ПРОФІЛЬ БІЗНЕСУ:

1. Кількість працівників станом на 1 березня, 2020 ____

2. Кількість працівників на дату заявки: _____

3. Перевірка малого бізнесу на прийнятність (Будь ласка, оберіть один):

_____ Заявник - це бізнес, який включає не більше 500 працівників.

_____ Заявник - це фізична особа, яка працює під приватною власністю, із або без працівників, або як незалежний підрядник.

_____ Заявник - це кооператив, що налічує не більше 500 працівників.

_____ Заявник має План власності акцій працівника (ESOP), як зазначено в 15 Главі U.S.C. 632, з не більше 500 працівниками.

_____ Заявник є родоплемінним концерном малого бізнесу, як описано в 15 U.S.C. 657a (b) (2) (C), з не більше 500 працівниками.

_____ Заявник - це бізнес, що включає сільськогосподарський кооператив, підприємство-аквакультуру, розплідник або виробничий кооператив, який є незначним відповідно до стандартів SBA Size Standards за адресою <https://www.sba.gov/size-standards> .

_____ Заявник - це підприємство з більш ніж 500 співробітниками, яке є незначним за умовами SBA Size Standards за адресою <https://www.sba.gov/size-standards>.

4. Прийнятна ділова діяльність (усі повинні бути перевірені):

_____ Заявник не займається жодною незаконною діяльністю (як зазначає Федеральне, Штатне або Місцеве законодавство та нормативні акти).

_____ Жодної довіреної особи Заявника, який би мав 50-відсоткову частку власності, не має більше шістдесяти (60) днів правопорушення по виплаті аліментів.

_____ Заявник та будь-які його афілійовані особи мають право не більше, ніж шістдесят (60) днів не сплачувати будь-які федеральні, штатні або місцеві податкові виплати, страхові виплати на випадок безробіття, компенсаційні виплати працівникам або подібні необхідні виплати.

_____ Станом на 1 березня 2020 року заявник та будь-які його афілійовані особи не мають права на сплату платежів за будь-якими позиками, отриманими від міста Клівленд, не більше ніж на шістдесят (60) днів.

_____ Заявник не є сільськогосподарським підприємством (наприклад, фермерським господарством), окрім аквакультурного підприємства, сільськогосподарського кооперативу чи інкубатора.

_____ Заявник не представляє живих вистав різко сексуального характеру, або отримує прямо чи опосередковано валовий дохід більше, ніж мінімальний за рахунок продажу товарів чи послуг, або презентації будь-яких зображень чи виставок, що мають сексуальний характер.

_____ Заявник не отримує більше третини валового щорічного доходу від легальної азартної діяльності.

_____ Заявник не займається лобіюванням.

_____ Заявник та будь-які його власники не працюють у місті Клівленд.

Кандидати, які є підрядниками Міста Клівленд, мають право на участь.

A. КОНТРОЛЬНИЙ СПИСОК КРЕДИТУ:

E. Наступне необхідно подати до закриття. Це не потрібно подавати разом із заявою.

Корпоративна документація:

Статут (якщо застосовується)

Угода про Партнерство (якщо застосовується)

Сертифікат про хорошу діяльність (Секретар штату Огайо)

_____ Фінансова звітність за попередній рік

- _____ Фінансові звітності за попередні роки
- _____ Податкова декларація 2018 або 2019 років.
- _____ Копія Угоди про Оренду (якщо майно орендується)
- _____ Лист підтримки від Радника підопічної особи.
- _____ Копія Угоди про Оренду (якщо майно орендується)
- _____ Копія квитанцій про заробітну плату (якщо бажаєте повернення по зарплаті).

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПОДАННЯ

Наскільки мені відомо, інформація, що міститься в цьому документі, є достовірною, повною та точною. Я підтверджую, що маю повноваження подавати заявку на отримання коштів від імені описаного тут підприємства. Я розумію, що ця інформація може бути надана для загального ознайомлення. Підписуючись нижче, особа, що підписує, погоджується, що кошти будуть використовуватися лише для комерційних цілей, а не для побутових, особистих чи споживчих потреб. Я розумію, що будь-яке неправдиве твердження у цьому записі може призвести до відсторонення заявника від розгляду. Я дозволяю місту Клівленд та його співробітникам отримувати будь-яку необхідну інформацію, включаючи податкові записи, кредитні бали або іншу фінансову інформацію, що стосується процесу подання та розгляду заявки на позику.

Я розумію, що вся інформація, отримана Містом, залишатиметься конфіденційною відповідно до чинних місцевих, штатних та федеральних законів.

Ім'я Заявника

Керівник корпорації або партнер корпорації

Дата

АБО

Одноосібний

Дата

ПРИМІТКА: Місто вважатиме всю інформацію, надану заявником, загальнодоступною, за відсутності чітких доказів того, що подана інформація не підлягає оприлюдненню відповідно до Розділу 149.43 Чинного Кодексу Огайо.

Місто Клівленд

Справедливе Трудове Законодавство

ПОВІДОМЛЕННЯ ЗАЯВНИКАМ ЩОДО ФІНАНСОВОЇ ДОПОМОГИ ВІД МІСТА.

Е. Міська рада Клівленда прийняла Закон про справедливе трудове законодавство 19 червня 2000 року, який набуде чинності з 1 січня 2001 року.

Контракт на фінансову допомогу, який може бути укладений відповідно до цієї заявки, регулюється розділом 189 Кодифікованої Угоди (СС0) Міста Клівленд про справедливу заробітну плату, яка, крім іншого, вимагає, щоб, якщо не застосовуються спеціальні винятки, **Захищені Роботодавці**, як визначено, згідно з контрактами з Містом виплачуватимуть справедливу заробітну плату **Захищеним Працівникам**, як визначено. Недотримання цієї глави та / або будь-яких нормативних актів може призвести до розірвання контракту або відмови від майбутніх контрактів.

Додатки:

- Додаток 1 Декларація про кількість працівників
- Додаток 2 Декларація про охорону медичного страхування
- Додаток 3 Свідоцтво про відповідність вимогам С.О.Глава 189
- Додаток 4 Поточні контракти на допомогу
- Додаток 1-3 буде передано міській раді

Справедлива заробітна плата: Справедлива заробітна плата становить 10,00 доларів на годину, починаючи з 1 жовтня 2005 року. Після цього рівень справедливої заробітної плати буде коригуватися Містом Клівленд щороку пропорційно індексу споживчих цін для північного сходу штату Огайо, опублікованому Бюро статистики праці, Управління праці США.

Справедливе законодавство про зайнятість застосовується до таких захищених роботодавців:

1. Будь-яка особа або організація, яка є Одержувачем допомоги від Міста, яка має сукупну вартість 75 000 доларів США та не отримав звільнення від цього закону, тобто:
 - (a) Прибутковий роботодавець, що має щонайменше 20 працівників на момент укладення угоди з Містом, або
 - (b) Некомерційний роботодавець, який на момент укладення угоди з Містом має щонайменше 50 працівників, а співвідношення зарплати між найбільш оплачуваними та найнижче оплачуваними працівниками становить більше як 5 до 1.

АБО

2. Компанія або особа, яка є орендарем або орендодавцем Одержувача допомоги, і яка винаймає майно або використовує обладнання або майно, яке вдосконалено або розвинене в результаті допомоги, тобто:
 - (a) Прибутковий роботодавець, що має щонайменше 20 працівників на момент укладення угоди з Містом, або
 - (b) Некомерційний роботодавець, який на момент укладення угоди з Містом має щонайменше 50 працівників, а співвідношення зарплати між найбільш оплачуваними та найнижче оплачуваними працівниками становить більше 5 до 1.

АБО

3. Підрядник або субпідрядник Одержувача допомоги, що надає послуги в проєкті або справі, щодо яких Одержувач допомоги отримує допомогу.

Одержувач допомоги означає будь-яку особу або організацію, яка укладає один або кілька контрактів з Містом про допомогу, та будь-яку особу або організацію, яка є безпосереднім одержувачем допомоги. Допомога означає будь-яку форму допомоги від Міста, яка надається, переглядається або поновлюється після 1 січня 2001 року.

- ◇ Допомога включає гранти; позики для економічного розвитку; податковий кредит, заохочення та зниження; дочірні компанії та облігації.
- ◇ Допомога не включає фінансову допомогу, надану на розвиток, реабілітацію чи інші засоби надання житлових будинків; фінансова допомога, яка отримується від іншого уряду чи іншого суб'єкта господарювання, при цьому Місто діє лише як провідник або фіскальний агент для фондів, у яких Місто не здійснює контролю за ідентифікацією будь-якого одержувача або умовами контракту.
- ◇ Допомога оцінюється в тій мірі, в якій одержувач отримує грошову вигоду від Міста. Наприклад, позики є Допомогою лише в тій мірі, в якій вони пробачені або знижені нижче доступної ринкової ставки протягом усього терміну дії позики, а податкові пільги, заохочення та зменшення - Допомога в мірі зменшення податку, реалізованого одержувачем.

*** Сукупна вартість означає фактичну валютну вигоду, отриману від Допомоги за весь час Допомоги.** Закон про справедливу зайнятість поширюється на захищених працівників, які є будь-якими особами, зайнятими у захищеного роботодавця, який є одержувачем допомоги від міста.

Наступні не є Захищеними працівниками:

- ◇ Особи, які надають послуги з волонтерства без компенсації
- ◇ Особи, які навчаються на програмах професійної підготовки, де клієнтам пропонують робоче навчання та інструктаж у класі з метою розвитку нових спеціалізованих навичок для працевлаштування, і ця особа вважатиметься клієнтом програми, навіть якщо особа отримує компенсацію
- ◇ Працівники, які працюють на громадських будівельних роботах, відповідно до законодавства штату та федеральних норм заробітної плати
- ◇ Працівники, на яких поширюються дії колективних договорів або Закону про працю на залізниці
- ◇ Працівники комерційних підприємств роздрібною торгівлі
- ◇ Особи, які не працюють у штаті Огайо
- ◇ Особи віком до 18 років
- ◇ Працівники житлових / одиночних та багатоквартирних житлових проектів
- ◇ Працівники, які в середньому працюють менше 30 годин на тиждень

Стимулювання медичного страхування

Постанова передбачає, що відповідні відділи пропонують додаткові фінансові стимули для одержувачів допомоги, які забезпечать розумне медичне страхування своїм захищеним працівникам, які працюють 30 або більше годин на тиждень протягом строку дії контракту на допомогу. Прикладом таких стимулів є більш вигідні умови для позики, такі як нижчі процентні ставки, вищий відсоток податків, що підлягають зарахуванню або зменшенню, більша сума для гранту тощо. Щоб отримати право на стимулювання, медичне страхування, надане працівники повинні бути порівнянними із сімейним планом медичного страхування, який надає місто своїм працівникам. Докази пропозиції чи надання або наміру забезпечити або запропонувати розумні страхові виплати в галузі охорони здоров'я, які кваліфікують Захищеного роботодавця для таких стимулів, подаються до відповідного відділу на запит.

Звільнення від справедливого трудового законодавства

Указ Клівлендської міської ради може надати часткове або повне звільнення від вимог Закону про справедливу зайнятість на основі труднощів. Щоб отримати це звільнення, ви повинні продемонструвати конкретну, особливу шкоду, яку ви відчуєте однозначно, якби застосовувалася глава 189. Сама по собі економічна шкода буде недостатньою для демонстрації труднощів, якщо вона не має такого типу, який не вплине на будь-якого іншого фактичного конкурента за контрактом, субпідрядом чи орендою. Наступні типи конкретної шкоди можуть бути підставою для звільнення від труднощів:

- 1) Втрата присутності, що призведе до ліквідації робочих місць.
- 2) Втрата присутності, яка суттєво вплине на вашу довгострокову стабільність.
- 3) перешкоджання можливості надавати послуги неприбутковій установі.

Заяву про звільнення слід подати до відповідного відділу. Ваш запит повинен включати заробітну плату, яку ви виплачуєте своїм працівникам, детальне пояснення того, як виплата справедливої заробітної плати завдасть вам особливої шкоди, а також підтвердження фінансової звітності чи інших документів. Директор відповідного департаменту розгляне заяву та визначить її протягом 10 днів та надасть заявнику письмову відповідь із зазначенням причин. Якщо директор рекомендує звільнення, директор буде розробляти законодавство і подавати до Клівлендської міської ради. Потім Рада повинна розглянути та прийняти законодавство перед тим, як буде прийнято звільнення.

Вимоги дотримання згідно із справедливим законодавством про зайнятість

Кожен захищений роботодавець повинен вести нарахування заробітної плати та відповідні записи для всіх захищених працівників протягом 3 років після припинення дії вашої угоди з Містом. Ці записи повинні містити таке для кожного захищеного працівника:

- ◇ Імена працівників, адреса, посада та класифікація
- ◇ Кількість відпрацьованих годин щодня, зароблена валова заробітна плата, зроблені відрахування та виплачена чиста заробітна плата
- ◇ Облік внесків до планів охорони здоров'я
- ◇ Будь-які інші дані, які може вимагати відповідний департамент або міська рада Клівленда
- ◇ На вимогу міста, захищений роботодавець повинен надати доступ до записів про заробітну плату, які потрібно вести, і дозволити представникам міста спостерігати за виконаною роботою та опитувати працівників, якщо це буде необхідно для контролю за дотриманням або розслідування звинувачення відповідність главі 189.

Вимоги щодо справедливого працевлаштування

Ви або ваша організація зобов'язані повідомити працівників, що захищені, про їх права, що впливають із справедливого законодавства про зайнятість. Місто надішле вам це повідомлення, і ви повинні розмістити його на видному місці, яке захищені працівники відвідують на їх робочому місці.

Вимога щодо кредитування заробленого доходу

Ви або ваша організація повідомляєте працівникам, які заробляють менше 12,00 доларів США на годину, про їхнє можливе право на Федеральний кредит за зароблений дохід (ЕІС) або про таку суму, яку час від часу можуть бути змінені федеральним законом, та надають працівникам бланки, що повідомляють їх про ЕІС та форми, необхідні для забезпечення авансових платежів ЕІС від роботодавця протягом 30 днів з моменту працевлаштування. Ці форми подаються англійською, іспанською та іншими мовами, на яких розмовляє значна кількість працівників.

Працевлаштування жителів міста

Заявник повинен встановити мету, щоб принаймні 40% осіб, які нещодавно були найняті для виконання робіт за контрактами, які отримують фінансову допомогу, були мешканцями міста Клівленд.

Дотримання вимог Федерального закону

Заявник повинен дотримуватись усіх чинних федеральних законів про працю, включаючи Національний закон про трудові відносини.

Додаток 1

Декларація заявника про кількість працюючих осіб

1. Ваша компанія / організація є комерційною _____ чи некомерційною? _____

2. Кількість поточних / активних працівників на фонді оплати праці _____?

3. Кількість працівників, якщо укладається контракт _____?

4. Якщо ваша компанія / організація є некомерційною організацією, яка найбільша сума виплачується будь-якому працівнику (будь ласка, вкажіть, чи виплачується сума щорічно, щотижнево, щотижня або щогодини)_____

5. Якщо ваша компанія / організація є некомерційною організацією, яка найнижча сума виплачується будь-якому працівнику (будь ласка, вкажіть, чи виплачується сума щорічно, щотижнево, щотижня або щогодини)_____.

Підпис_____

Посада_____

Друкований підпис

Додаток 2

Декларація про медичне страхування

ВСІ Заявники ПОВИННІ ВІДПОВІСТИ НА ПИТАННЯ 1 і 2. Щоб мати право на додаткові фінансові стимули на основі надання обґрунтованого плану медичного страхування, цю форму необхідно заповнити. Якщо ви не шукаєте цього привілею, не заповнюйте питання 3-5. Ця форма повинна бути підписана.

1. Чи пропонує ваша компанія / організація медичне страхування вашим працівникам, які працюють 30 годин і більше на тиждень? Так _____ чи Ні _____
2. Якими є базові рамки будь-яких планів медичного страхування, що ваша компанія / організація пропонує своїм працівникам?

Будь ласка, надайте наступну конкретну інформацію щодо всі ваших планів медичного страхування, запропоновані працівникам, які працюють 30 і більше годин на тиждень.

- a. Розмір щомісячного внеску працівника на план медичного страхування. _____
- b. Розмір, що підлягає вирахуванню за покриття плану будь кого з працівників. _____
- c. Розмір доплат будь-кого з працівників за покриття плану. _____
- d. Чи пропонується стоматологічне страхування працівникам? _____
- e. Опишіть пакет послуг, що пропонується за будь-яким планом покриття. _____

4. Чи пропонували ви своїм працівникам медичну страховку, від якої вони як група відмовлялися?

Так _____ чи Ні _____ ?

5. Якщо ви відповіли на питання № 4 позитивно, надайте інформацію, запропоновану вище у питанні № 3 щодо запропонованого плану.

Назва компанії	Підпис Службової Особи/Уповноваженого представника	
Адреса Компанії/Місто/Штат/Індекс	Номер телефону	
Ім'я (друковане)	Посада	
Дата	Відділ Міста, що нагороджує	Тип фінансової допомоги

Додаток 3 Підтвердження про Дотримання Кодифікованої Постанови Клівленда Розділ 189

Округ Кайахога)
Штат Огайо)

Я, _____, присягнувши належним чином згідно закону та, маючи особисті знання про факти, викладені в цьому документі, заявляю

наступнє:

1) Я є _____ (посада) _____
_____ (назва юридичної особи/компанії) і

є уповноваженим підписати це підтвердження.

2) Вищезазначена юридична особа / компанія буде відповідати вимогам Закону про справедливу заробітну плату, Розділ 189 Кодифікованої Постанови Клівленда, якщо контракт буде укладено згідно з цією заявкою, і якщо Глава 189 застосовується до вищезазначеної юридичної особи/ компанії.

Далі Прихильний Немає Що Сказати.

Підпис

Друковано

Посада

Присягнув переді мною і підписався в моїй присутності _____ дата _____,
20____.

Державний Нотаріус

Термін закінчення дії Комісії

Додаток 4 Поточні договори з Містом щодо допомоги

Надайте наступну інформацію про будь-які поточні договори щодо допомоги, укладені після 1 січня 2001 року вами або вашою компанією / агентством з Містом.

Контактний номер телефону Міста: _____

Тип допомоги: _____

Дата закінчення контракту: _____

Розмір допомоги, \$ _____