



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

共享工作计划参与者列表

如果受影响单位的人数超过 7 人，请复印本页以填写其他人员姓名。
 如果受影响单位的数量在 1 个以上，请复印本页以填写其他单位名称。

雇主名称和工作地点地址	雇主登记号码	日期
-------------	--------	----

受影响单位名称： _____ **建议减少百分比¹：** _____

员工名字	中间名缩写	员工姓氏	员工社会安全号码	正常工作 时数 ²	该员工是季节工、临时工还是短期工？ （“是”或“否”）	计件工 （“是”或“否”）	工会名称和本地号码 ³	共享工作有效开始日期 ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

受影响单位的员工数： _____

共享工作员工数： _____

¹ 不低于 20% 且不超过 60%。
² 不得超过每周 40 小时。
³ 如果员工为工会成员，必须取得集体谈判代理人的同意（第 14 条）。
⁴ 仅用于修改现有计划