

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

노동 분담 계획 참가 목록

해당 부서가 7인 이상이라면 이 페이지를 복사하여 추가 명단을 제공하십시오.
해당 부서가 1개 이상이라면 이 페이지를 복사하여 각 부서에 대해 작성하십시오.

고용주 이름 및 사업장 주소	고용주 등록 번호	날짜
-----------------	-----------	----

해당 부서 이름:

제안된 비율 감소¹:

종업원 이름	MI	종업원 성	종업원 사회 보장 번호	정상 근무 시간 ²	이 종업원은 계절, 임시 또는 간헐적 고용 계약으로 일하고 있습니까? (예/아니오)	도급 근로자 (예/아니오)	노동조합 이름 및 지역 번호 ³	노동 분담 유효 시작일 ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

해당 부서 종업원 수: _____

업무 분담 종업원 수: _____

¹ 20~60% 이내여야 합니다.

² 주당 40시간 이하여야 합니다.

³ 종업원이 노동조합 회원이라면 각 노동조합 대표가 동의해야 합니다(14항).

⁴ 기존 계획 수정 시에만 필요합니다.