

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

Список участников программы сокращения рабочих часов

Если в участвующем в программе отделе у вас работает более
7 человек, сделайте фотокопию этой страницы для внесения дополнительных имен и фамилий.

Если у вас имеется более одного участвующего в программе отдела, сделайте фотокопию этой страницы и заполните ее для каждого из этих других отделов.

Наименование работодателя и адрес производственного участка	Регистрационный номер работодателя	Дата
---	------------------------------------	------

Название участвующего в программе отдела:

Предполагаемая процентная доля сокращения¹:

Имя работника	Средний инициал	Фамилия работника	Номер социального страхования работника	Стандартный рабочий день ²	Выполняет ли этот работник для вас сезонную, временную или нерегулярную работу? (да или нет)	Рабочий со сдельной оплатой труда (да или нет)	Название профсоюза и местный номер ³	Дата вступления в силу программы сокращения рабочих часов ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Число работников в участвующем в программе отделе: _____

Число работников, участвующих в программе сокращения рабочих часов: _____

¹ Может быть не менее 20% и не более 60%.

² Должно быть не более 40 часов в неделю.

³ Если работник является членом профсоюза, необходимо получить согласие соответствующего агента по заключению коллективных договоров (пункт 14).

⁴ Требуется только для изменения действующего плана.