



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

Lista de participantes del Plan de Trabajo Compartido

Si tiene más de 7 personas en una unidad afectada, haga copias de esta página para incluir los nombres adicionales.
 Si tiene más de una unidad afectada, haga copias de esta página y complételas para cada una de las unidades.

Nombre del empleador y dirección del lugar de trabajo	Número de registro del empleador	Fecha
---	----------------------------------	-------

Nombre de la unidad afectada:

Porcentaje de reducción propuesto¹:

Nombre del empleador	Iniciales del segundo nombre	Apellido del empleador	N.º de Seguro Social del empleador	Horas de trabajo normales ²	¿Este empleado trabaja para usted en un trabajo por estación, temporal o intermitente? (Sí o No)	Trabajador a destajo (Sí o No)	Nombre y número local ³ del sindicato	Fecha de entrada en vigor e inicio del Trabajo Compartido ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Cantidad de empleados en la unidad afectada: _____

Cantidad de empleados de Trabajo Compartido: _____

¹ No puede ser menor que el 20 % ni mayor que el 60 %.

² No deben ser más de 40 horas por semana.

³ Si el empleado es miembro de un sindicato, el agente de negociación colectiva respectivo debe aceptar (ítem 14).

⁴ Necesaria únicamente para modificar un plan existente.