



**Reclamo continuo de Trabajo Compartido (Shared Work)  
Reclamación para la Semana de Espera**  
(Instrucciones en la segunda página)

Nombre del reclamante (use letra de imprenta): \_\_\_\_\_ #SS \_\_\_\_\_

Si su nombre ha cambiado desde la última vez que reclamó, escriba su nombre anterior: \_\_\_\_\_

<b>Parte A – Declaración del Empleado</b>		Semana de espera (Domingo en que la semana termina)
Escriba la fecha y conteste las preguntas por la semana que reclama:		
1. ¿Trabajó usted para alguien más, aparte de su empleador de Trabajo Compartido, algún día de la semana? (Esto incluye autoempleo.) Si "sí," favor contestar "a" hasta "c." a. ¿Cuántos días trabajó? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más b. Excluyendo ingresos por autoempleo, ¿ganó más de \$504 durante la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no c. ¿Trabaja usted todavía para este empleador? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si responde no, contesta las preguntas que siguen. i. ¿Cuál fue su último día de trabajo con este empleador? ___/___/___ ii. ¿Por qué razón no trabaja más para este empleador? <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> despido <input type="checkbox"/> falta de trabajo <input type="checkbox"/> conflicto laboral iii. Nombre y dirección del empleador: _____ _____		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**Certificación del reclamante:** Yo reclamo beneficios de Trabajo Compartido (Shared Work) bajo la Ley del Seguro por Desempleo del estado de Nueva York. Certifico que las declaraciones hechas más arriba son verdaderas y completas, que estuve parcialmente desempleado, capacitado y disponible para trabajar con mi empleador de Trabajo Compartido y que mi pérdida de ingresos no fue debida a una falta mía. No he reclamado beneficios del Seguro por Desempleo bajo ningún otro sistema federal o estatal para este período ni recibiré ningún otro pago (por ejemplo, pago suplementario) como compensación por este período. Soy consciente de que la ley prescribe sanciones por hacer declaraciones falsas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección (completa esto sólo si ha cambiado): \_\_\_\_\_

<b>Parte B – Declaración del Empleador</b>	
Para la semana reclamada:	
1. Ingrese el porcentaje de horas y salarios que fueron reducidos debido al Trabajo Compartido. (Nota: Los pagos por vacaciones, días feriados y de enfermedad, se consideran como "trabajo" para propósitos del cálculo de la reducción. Vea la segunda página para mas detalles.)	_____ %
2. ¿El empleado dejó la compañía? Si "sí," por favor indique la razón de la separación y el último día de trabajo del empleado: <input type="checkbox"/> renuncia <input type="checkbox"/> despido <input type="checkbox"/> falta de trabajo <input type="checkbox"/> conflicto laboral Ultimo día de trabajo: ___/___/___	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
3. ¿Rechazó el empleado algún trabajo que se le ofreció y que era durante las horas en que estaba programado para no trabajar debido al Trabajo Compartido? Si "sí," número de días en que rechazó trabajo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 o más	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
4. ¿Cerró usted permanentemente su compañía? Si "sí," en qué fecha cerró la compañía permanentemente: ___/___/___	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

*Certifico que la información ofrecida con respecto al estado de esta compañía y a la situación e ingresos de este empleado para propósitos de participación en el programa de Trabajo Compartido es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.*

- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta del empleador                      Nombre del empleador                      Firma del empleador  
 98- \_\_\_\_\_  
 Código de ubicación del local (si existe uno)                      Fecha                      Número de teléfono del empleador

## Reclamo continuo de Trabajo Compartido (Shared Work)

### Parte A – Instrucciones para el empleado

Este formulario se usa para reclamar beneficios de Trabajo Compartido durante la semana o semanas en que sus horas normales de trabajo fueron reducidas de acuerdo a un plan de Trabajo Compartido sancionado por su empleador.

Completa la parte A, “Declaración del Empleado,” al reverso de este formulario. Las semanas de beneficios del Seguro por Desempleo en el estado de Nueva York van de Lunes a Domingo. Asegúrese de indicar la fecha o fechas del domingo correspondiente a la semana o semanas que desea reclamar, en el espacio proveído al principio del formulario.

Si su nombre ha cambiado, escriba su nombre correcto así como su nombre anterior en el espacio provisto al inicio del formulario.

Si ha cambiado de dirección, escriba su nueva dirección en el espacio debajo de su firma. Asegúrese de incluir su código postal.

Devuelva este formulario a su empleador, quien completará la Parte B y lo enviará al Departamento de Trabajo para que sea procesado.

### Parte B – Instrucciones para el empleador

El propósito de este formulario es confirmar el estado de los empleados que usted ha enumerado en su Plan de Trabajo Compartido.

El porcentaje de la reducción se calcula dividiendo el número de horas por las cuales el empleado no recibió ningún pago debido al Trabajo Compartido, por el número de horas normalmente trabajadas en una semana.

No se pagan beneficios de Trabajo Compartido por el tiempo que el empleador le paga al empleado. Es decir, cualquier tiempo por el cual el empleado recibe compensación de parte del empleador, es considerado como “empleo”, para propósitos de calcular el porcentaje de la reducción. Esto incluye pago por vacaciones, días feriados y tiempo de enfermedad, así como pago por servicios prestados.

Ejemplo: El horario normal de un empleado es cuarenta horas por semana, 8 horas por día. El empleador cierra los viernes debido al Plan de Trabajo Compartido.

- a. El empleado trabaja de Lunes a Jueves: esta es una reducción del 20%.
- b. El empleado trabaja de Lunes a Miércoles, recibe pago de enfermedad por el día Jueves, no tiene trabajo el Viernes. Esta es una reducción del 20%.
- c. El empleado trabaja de Lunes a Jueves y recibe pago de un día feriado el Viernes: Esta es una reducción del 0%.

Dele un formulario a cada empleado cubierto por su Plan de Trabajo Compartido, el lunes siguiente al domingo de la semana indicada en el reverso de este formulario, o tan pronto como sea posible si el empleado no trabaja el lunes.

Después de que el empleado completa la Parte A y le devuelva el formulario, completa la Parte B “Declaración del Empleador” y envíelo a: NYS Department of Labor, Unemployment Insurance Division, Attention - Shared Work, PO Box 621, Albany, N.Y. 12201-0621. Envíelo dentro de siete (7) días a partir de la última fecha en que termina la semana indicada en la Parte A. Si es posible, envíe todos los formularios de todos los empleados en un solo sobre.

Si el empleado completa la Parte A y desea reclamar la semana, envíe el formulario para revisarlo y tomar una decisión, incluso si usted protesta por el pago.

**Una vez que esté completado el formulario, revíselo para asegurarse de que todo está correcto. Cualquier error u omisión ocasionará un retraso en el pago de los beneficios.**

**Proceso en Internet:** En vez de enviar por correo este formulario, usted puede proveer su certificación del Programa de Trabajo Compartido en el Internet. Vaya a su cuenta del Seguro por Desempleo en el Internet y seleccione “Página del Empleador”, “Página de Trabajo Compartido” y “Certificación Semanal del Empleador”. Si usted provee esta información en Internet, sus empleados de Trabajo Compartido deberán certificar en el Internet en: [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov). La certificación en Internet es gratis y como resultado los beneficios serán pagados rápidamente.

Si tiene alguna pregunta, llame a la Unidad de Trabajo Compartido al (518) 485-6375.