

WE ARE YOUR DOL



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

Solicitud del Programa de Trabajo Compartido

Instrucciones:

- Escriba o imprima con tinta negra. Llene las dos páginas.
- Devuelva el formulario contestado y firmado a la dirección que aparece arriba o envíelo por fax al (518) 485-6172.
- **El Departamento de Trabajo debe tener esta solicitud a más tardar el lunes tres semanas antes de la fecha de inicio del plan.**
 - Las solicitudes enviadas cuatro (4) semanas antes de la fecha de inicio del plan no se tomarán en cuenta.

Información del empleador

1. Nombre del empleador: _____
2. Número de registro del empleador: _____ - _____
3. Código de ubicación, si lo hay: 9 8 - _____

Información del plan

4. Esta solicitud es para (marque una opción): Plan nuevo Modificación de un plan existente
5. ¿En qué fecha desea que inicie este plan? Debe ser un lunes. _____

Información de contacto

6. Nombre de la persona de contacto: _____
7. Puesto: _____
8. Correo electrónico: _____
9. Dirección postal:
 - 9a. Número y calle: _____
 - 9b. Ciudad: _____
 - 9c. Estado: _____
 - 9d. Código postal: _____
10. Teléfono de trabajo con código de área: _____ ext. _____

Información sobre los empleados

11. ¿Cuántos empleados tiene en el Estado de New York? _____
12. Estime cuántos empleados habrían sido despedidos sin el Programa de Trabajo Compartido: _____
13. ¿Alguno de los empleados que participarán en este programa recibe un sueldo por pieza producida?
 Sí No

Si contestó que sí, proporcione detalles sobre el pago por pieza. Proporcione copias de los acuerdos o descripciones de cómo se calcula y hace el pago de los empleados.

14 Consentimiento de los agentes del contrato colectivo

1. Nombre del sindicato: _____

Número de local: _____

Nombre: _____

Puesto: _____

Número y calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ ext. _____

Firma: _____

2. Nombre del sindicato: _____

Número de local: _____

Nombre: _____

Puesto: _____

Número y calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ ext. _____

Firma: _____

Si tiene más agentes de contrato colectivo, escriba su información en una hoja de papel adicional y sujétela a esta solicitud.

Certificación del empleador

Certifico lo siguiente:

- A. No se eliminarán ni disminuirán los seguros de salud, seguros médicos, jubilación o cualquier otro beneficio de los empleados que estuviera en vigor antes de esta solicitud de Trabajo Compartido, excepto si dichos beneficios son eliminados o disminuidos para todos los empleados en general.
- B. Los sindicatos que representan a los empleados identificados como participantes han sido consultados y han dado su consentimiento por escrito al plan. Este consentimiento se conservará y exhibirá cuando se solicite.
- C. Sin el Programa de Trabajo Compartido, yo tendría que despedir empleados.
 - Las horas reducidas o restringidas de todos los empleados incluidos en este Programa de Trabajo Compartido equivalen a las horas que se perderían por los trabajadores despedidos.
- D. No se contratarán empleados adicionales en el grupo afectado mientras dure el plan.
- E. El pago de beneficios por Trabajo Compartido puede cargarse a mi cuenta de seguro de desempleo (clasificado por experiencia o reembolsable).
- F. Acepto que ningún participante en el programa recibirá en total más de veintiséis horas de beneficios, excluyendo la semana de espera.
- G. He dado aviso del Plan de Trabajo Compartido propuesto a mis empleados.
 - En caso de no poder dar tal aviso, he proporcionado una explicación en una hoja separada incluida con esta solicitud.
- H. En la pregunta 12 he proporcionado una estimación precisa de la cantidad de empleados que serían despedidos si no puedo participar en el Programa de Trabajo Compartido.
- I. Los términos y la implementación de este plan cumplirán plenamente con las obligaciones del empleador en los términos de las leyes federales y estatales aplicables.
- J. El Comisionado recibirá los informes necesarios para la administración apropiada del plan cuando los solicite. El Comisionado puede acceder a todos los registros necesarios para verificar el plan antes de su aprobación y para evaluar su uso.

Firma del director corporativo, propietario único o socio general:

_____ Fecha: _____

Nombre a máquina o en letra de molde: _____

Puesto: _____