NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Labor

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

# Solicitud del Programa de Trabajo Compartido

**Escriba o imprima en tinta negra.**
**Complete las tres páginas.**

**Debe enviar esta solicitud al Departamento de Trabajo (Department of Labor) a más tardar el lunes tres semanas antes de la fecha de inicio del plan. Envíe el formulario completo a la dirección que figura arriba o por fax al (518) 485-6172.**
**No se tendrán en cuenta las solicitudes que se envíen 4 semanas antes de la fecha de inicio del plan.**

## Información del empleador

1. Nombre del empleador

| 2. Número de registro del empleador | 3. Código de ubicación, si lo hubiera |
|---|---|
| | 9 8 - |

## Información del plan

4. Este es: A. ☐ un nuevo plan. B. ☐ la modificación de un plan existente.

5. **Fecha de inicio del plan:** ¿En qué fecha desea que este plan entre en vigor? _____
**Nota:** La fecha de inicio del plan debe ser un día lunes.

## Información de contacto

| 6. Nombre de la persona de contacto | 7. Cargo | 8. Dirección de correo electrónico |
|---|---|---|
| 9a. Dirección postal (número, calle) | | |
| 9b. Ciudad | 9c. Estado, código postal | 10. Número de teléfono del trabajo (incluir el código de área) |

11. ¿Cuántos empleados tiene en el estado de Nueva York? _____

12. Calcule cuántas personas se habrían despedido sin el Programa de Trabajo Compartido (Shared Work Program): ___

13. ¿Hay empleados que participarán en el programa y a quienes se les paga salarios por trabajo a destajo? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, proporcione detalles sobre los contratos de trabajo a destajo. Proporcione copias de cualquier contrato o descripción sobre la modalidad de pago a los empleados.

14. **Aceptación de los agentes de negociación colectiva**

1. Nombre del sindicato: _____

Número local: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Calle: _____

Ciudad:_____

Estado: _____ Código postal:_____

Teléfono: (____) _____

Firma: _____

2. Nombre del sindicato: _____

Número local: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal:_____

Teléfono: (____) _____

Firma: _____

Si tiene otros agentes de negociación colectiva, proporcione la información en una hoja por separado y adjúntela a esta solicitud.

## Certificación del empleador

Certifico lo siguiente:

A. Sin el Programa de Trabajo Compartido, estaría despidiendo trabajadores. Las horas reducidas o restringidas para todos los empleados incluidos en este Programa de Trabajo Compartido equivalen a las horas que se perderían por los trabajadores despedidos.

B. No se eliminarán ni disminuirán el seguro de salud, el seguro médico, la jubilación ni ningún otro beneficio adicional de los empleados en vigor previo a la solicitud del Trabajo Compartido, a menos que dichos beneficios se eliminen o disminuyan para todo el personal.

C. No se contratarán empleados adicionales para el grupo afectado durante el plazo del plan.

D. He notificado el Plan de Trabajo Compartido propuesto al personal de mi empresa.

E. Los pagos de beneficios del Trabajo Compartido pueden cobrarse de mi cuenta de seguro de desempleo (evaluados según la experiencia o reembolsables).

F. El comisionado recibirá a solicitud los informes necesarios para la administración adecuada del plan. El comisionado puede acceder a todos los registros necesarios para verificar el plan antes de la aprobación y para evaluar su uso.

G. Los sindicatos que representan a los empleados identificados como participantes revisaron el plan y otorgaron su consentimiento por escrito, el cual se conservará y se mostrará a pedido.

Nombre del empleador (escriba en letra de molde o a máquina) _____

Título_____

Firma _____ Fecha _____

La firma debe ser la de un funcionario de la empresa, empresario individual o socio general.