

Instrucciones para el envío de la lista de participantes del Plan de Trabajo Compartido (Formulario 1696)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Proporcionar el nombre del empleador (nombre de la compañía).
2. Proporcionar el Número de Identificación de la Compañía del empleador.
3. Proporcionar la dirección de correo de la compañía.
4. Por favor seleccionar si incorpora o excluye a los participantes de su plan.

INCORPORAR EMPLEADOS A SU PLAN DE TRABAJO COMPARTIDO

1. Para cada empleado que se inscriba en nuestro Plan de Trabajo Compartido, por favor proporcione su número de seguro social, apellido, primer nombre, e inicial de su segundo nombre (si es aplicable).
2. Por favor mencione las horas actuales programadas de cada empleado.
3. Por favor proporcione las horas sugeridas de su Plan de Trabajo Compartido
4. Por favor seleccione si cada empleado es un Miembro del Sindicato o no.
5. Si es un nuevo participante del Plan de Trabajo Compartido, por favor indique porque se incorporaron a su plan.

EXCLUSIÓN DE LOS EMPLEADOS DE SU PLAN DE TRABAJO COMPARTIDO

1. Por favor proporcione el Número de Seguro Social, Apellido, Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre (si es aplicable) para cada empleado que se excluya de su Plan de Trabajo Compartido.
2. Por favor indique por qué se excluye cada empleado.
3. Por favor mencione la razón de la separación.
4. Por favor mencione la fecha de separación de su plan.

PARA EMPLEADOS ADICIONALES

Si necesita otros formularios para empleados suplementarios, por favor descargue la "Lista de Participantes Suplementarios" (Formulario 1696A) haciendo clic en el enlace: OregonWorkShare.org. Como recordatorio, por favor cerciórese de mencionar el número de la página que completó para un procesamiento adecuado. Debe adjuntar todos los formularios aplicables para que su solicitud se procese correctamente.

CERTIFICACIÓN DE SU LISTA DE PARTICIPANTES:

Por favor proporcione su firma electrónica de autorización y envíe el formulario confidencial y electrónico a OED_WorkShare@Oregon.gov.

Por favor mencione que firmando y enviando este formulario electrónico tiene conocimiento que es

responsable de garantizar la protección de su información identificable personal que envía por correo electrónico a OED_WorkShare@Oregon.gov.

Si no utiliza software de cifrado de correo electrónico, su envío puede no ser protegido. Si desea apoyo con esta actividad, por favor llame al Especialista del Programa de Seguro de Desempleo al (503) 947-1800 o (800) 436-6191 para registrarse con nuestro servidor de correo electrónico seguro.

Efecto de la Participación del Plan de Trabajo Compartido en la Tasa del Impuesto de Seguro de Desempleo

Los beneficios pagados bajo el Plan de Trabajo Compartido se adeudan en la cuenta del empleador de la misma manera que los beneficios de seguro de desempleo (SD) habituales.

El Departamento de Empleo de Oregon es un empleador/programa con igualdad de oportunidades. Las prestaciones de ayudas o servicios auxiliares y los formatos alternos están disponibles a individuos con discapacidades y los servicios de idiomas gratuitos para individuos con conocimientos limitados del inglés cuando se soliciten. Se ofrece un servicio telefónico para sordomudos (TTY)/dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) gratuito discando el 7-1-1. Obtenga acceso a los servicios de retransmisión de mensajes digitales en www.sprintrelayonline.com.