

Instrucciones para el envío de la Solicitud del Plan de Trabajo Compartido
(Formulario 1695)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Por favor proporcione el nombre de la compañía.
2. Por favor seleccione cuando se informó sobre el Plan de Trabajo Compartido.
3. Por favor indique que sector industrial su compañía representa mejor.
4. Por favor proporcione la dirección de su correo comercial.
5. Por favor proporcione la dirección física de la compañía si es distinta a la dirección de correo.
6. Por favor proporcione el Número de Identificación de la Compañía (BIN).
7. Por favor indique el número de empleados que actualmente trabaja en la compañía.

2. Por favor proporcione la información de contacto del representante del empleador.

- a. Representante principal: Por favor incluya el título de la posición, el correo electrónico y el número de teléfono.
- b. Representantes alternos: Por favor incluya el título de la posición, el correo electrónico y el número de teléfono.

3. Por favor proporcione su información del plan:

- a. Fecha del comienzo del plan solicitado (fecha del domingo)

Por favor observe: Los planes se examinan dentro de los 15 días siguientes a la fecha de su recibo. Dentro de un período de 10 días de la fecha de determinación, se envía una notificación formal por correo. Los planes son vigentes por un año desde la fecha del inicio. Observe que puede cancelar o modificar el plan en cualquier momento dentro de un año por medio de una solicitud por escrito.

- a) Número estimado de empleados perjudicados.
- b) ¿Cuántos despidos evitaron?
- c) Por favor indique que no se modificarán los beneficios de salud o jubilación si se reducen las horas de trabajo a menos que las horas semanales normales. (Firme con las iniciales aquí).
- d) Por favor describa como su compañía planifica la implementación del Plan de Trabajo Compartido.
- e) Por favor indique como su planifica informarle a sus empleados acerca del Plan de Trabajo Compartido.

4. Presentación del Plan de Trabajo Compartido

- a) Por favor indique si asistió una presentación sobre el Plan de Trabajo Compartido.
- b) ¿Encontró que la presentación fue útil?

5. Sistema de Negociación de Sindicato o Negociación Colectiva

Enumere la información del **Sistema de Negociación de Sindicato o Negociación Colectiva** e incluya la firma y fecha de la firma de los agentes de negociación colectiva si se aprueban

6. Firma

- a.** Por favor certifique y firme su solicitud después de aceptar los términos y condiciones del Plan de Trabajo Compartido (verifique las casillas 1-10).
- b.** Por favor incluya el nombre, título y la fecha de la solicitud.

Por favor observe que con la firma y envío de este formulario electrónico reconoce que es responsable de garantizar la protección de la información identificable personal que envía por correo electrónico a OED_WorkShare@Oregon.gov.

Si no usa el software de cifrado de correo electrónico, su envío puede no hacerse de una manera segura. Si desea obtener ayuda con esto, por favor lláme al Especialista del Programa al (503) 947-1800 o (800) 436-6191 para inscribirse a nuestro servidor de correo electrónico.

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

Los Beneficios pagados bajo el Plan de Trabajo Compartido se adeudan a la cuenta del empleador de la misma manera que los beneficios de Seguro de Desempleo (SD) habituales.

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services, and alternate formats are available to individuals with disabilities and language services to individuals with limited English proficiency free of cost upon request. TTY/TDD-dial 7-1-1 toll free relay service. Access free online relay service at: www.sprintrelayonline.com.

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 cuando se los solicite para los individuos con discapacidades y los servicios de idiomas gratuitos para individuos con conocimientos limitados del Inglés. 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 de correos electrónicos en www.sprintrelayonline.com.