

Por favor imprima o escriba la siguiente información y complete todas las secciones

| | | |
|---|---------|------------------------|
| 1. Información del empleador: a. Business Name: | | |
| b. ¿Cómo se enteró sobre el Plan de Trabajo Compartido? | | c. Industria: |
| d. Dirección de correo: | Ciudad: | Estado: Código Postal: |
| e. Dirección física (si es distinta a la del correo): | Ciudad: | Estado: Código Postal: |
| f. Número de identificación comercial (BIN): | | g. # of Employees: |

2. Representante del empleador: Por favor identifique a dos representantes de su compañía para coordinar con los especialistas del Programa del Plan de Trabajo Compartido para la inscripción y participación del programa.

| a. Representante del empleador principal: | | b. Representante del empleador alterno: | |
|---|------|---|------|
| Nombre: | | Nombre: | |
| Título de la posición: | | Título de la posición: | |
| Correo electrónico: | | Correo electrónico: | |
| Teléfono: | Ext: | Teléfono: | Ext: |

Por favor observe – con el suministro de su dirección de correo electrónico acepta recibir correos electrónicos del Departamento de Empleo de Oregon

| | | |
|--|--|--|
| 3 a. Fecha de inicio del plan solicitado (debe ser un domingo): | | (mes/día/año) Los planes expiran después de un año. |
| b. Número estimado de empleados perjudicados: | | c. ¿Cuántos despidos evitará? |
| d. Los beneficios de salud o jubilación no cambiarán si las horas de trabajo se reducen a menos que las horas semanales normales. Por favor inicial | | |
| e. Por favor describa cómo su compañía planifica la implementación de su Plan de Trabajo Compartido: | | |

f. ¿Cómo planifica notificar a sus empleados sobre el Plan de Trabajo Compartido?

| | |
|---|-------------------------------|
| 4 a. ¿Asistió a una presentación sobre el Plan de Trabajo Compartido? | b. ¿Fue útil la presentación? |
|---|-------------------------------|

5. Información sobre la afiliación sindical del empleador (si es aplicable): El plan de trabajo compartido del empleador debe ser aprobado por un agente de negociación colectiva para cada empleado perjudicado bajo un convenio de trabajo colectivo.

| | |
|--|--|
| Sindicato: _____ Local: _____ Nombre del Representante del Sindicato Autorizado: Tel: _____ Ext: _____ Al firmar a continuación, apruebo la solicitud del nombrado empleador para su Plan de Participación de Trabajo. Doy fe que tengo la autoridad de firma con el nombrado sindicato. Si firmo este formulario electrónico, entiendo y reconozco que esta firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma a mano. Firma: _____ Fecha: _____ | Sindicato: _____ Local: _____ Nombre del Representante del Sindicato Autorizado: Tel: _____ Ext: _____ Al firmar a continuación, apruebo la solicitud del nombrado empleador para su Plan de Participación de Trabajo. Doy fe que tengo la autoridad de firma con el nombrado sindicato. Si firmo este formulario electrónico, entiendo y reconozco que esta firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma a mano. Firma: _____ Fecha: _____ |
|--|--|

Por favor verifique cada casilla para certificar que acepta todos los términos y condiciones del programa:

1. Por lo menos tres empleados participarán en el programa.
2. Los empleados participantes han trabajado tiempo completo por lo menos por seis meses y tiempo parcial por lo menos por un año antes del comienzo del plan. Por favor observe que los empleados estacionales y temporales no son elegibles para el Programa de Trabajo Compartido.
3. Las horas de trabajo y los salarios semanales se reducirán por lo menos un 20% y no más de 40% para los empleados participantes.
4. Estoy informado que la participación en el Plan de Participación de Trabajo puede tener un efecto negativo en la tasa de impuestos del seguro de desempleo.
5. Continuaré proporcionándoles beneficios de salud bajo los mismos términos y condiciones como cuando el empleado perjudicado trabajó sus horas semanales habituales salvo que los beneficios de salud cambien para todos los empleados.
6. Continuaré proporcionándoles beneficios de jubilación bajo un plan de beneficios o contribuciones definido bajo un plan de contribución definido bajo los mismos términos y condiciones como cuando el empleado perjudicado trabajó sus horas semanales habituales excepto si los beneficios de salud cambien para todos los empleados.
7. Ofreceré los beneficios de vacaciones pagadas, vacaciones y licencia por enfermedad bajo los mismos términos y condiciones como cuando el empleado perjudicado que trabajó sus horas semanales habituales de trabajo.
8. Acepto suministrarles todos los informes y avisos necesarios para llevar a cabo una administración adecuada del Plan de Trabajo Compartido.
9. Les he provisto una Solicitud de Reclamo Inicial (incluida el Paquete de Solicitud para Trabajo Compartido) a todos los empleados participantes en mi Plan de Trabajo Compartido.
10. Le informaré al Departamento de Empleo inmediatamente sobre cualquiera de los cambios de información relacionados con esta solicitud o la lista de participantes del plan.

Haciendo clic en el botón de Envío, acepto cumplir con todas las leyes estatales y federales y certifico que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta.

Agregar este formulario electrónico, entiendo y reconozco que esta firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma escrita a mano. Certifico que tengo la autoridad de firma con el nombrado empleador.

Firma autorizada:

Título:

Nombre impreso:

Fecha:

NOTA: Haga clic en el botón debajo para adjuntar este documento a un correo electrónico. Una vez que lo haga, adjunte la lista de Participantes a su mismo correo electrónico. Su solicitud no puede aprobarse sin su Lista de Participantes.

Para más información sobre el Programa de Trabajo Compartido inclúidas las regulaciones y leyes relacionadas con el programa, por favor visite OregonWorkShare.org

| PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------|
| Date Received: | Current Employer? | Examiner: | |
| Approved?: | Reduced Weekly Hours: | Start: | |
| | Normal Weekly Hours: | End: | Date of Review: |
| If denied, reason: | Payroll wk end: | Plan #: | Initials: |

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 programa que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos para personas con conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo. Llame al 7-1-1 para asistencia gratuita TTY/TDD para personas con dificultades auditivas. Obtenga acceso gratis en internet por medio del siguiente sitio: www.sprintrelayonline.com.

Descargo de responsabilidad: Si envía este formulario por vía electrónica, puede no ser seguro. Si no utiliza software de cifrado de correos electrónicos le aconsejamos que se ponga en contacto con el Centro del Programa Especial de Seguro de Desempleo al (503) 947-1800 o (800) 436-6191 para suscribirse con nuestro servidor de correo electrónico seguro. Haciendo clic en el botón de envío reconoce que es responsable por asegurar la protección de la información identificable personal incluida en este correo electrónico.



Centro de Programas Especiales del Seguro de Desempleo

Correo electrónico: oad_workshare@oregon.gov

PO Box 14518 • Salem, Oregon • 97309

www.Employment.Oregon.gov

(1695 Revisión 0417)

Página 2 of 2