

## **Instrucciones para el envío de la certificación de reclamos semanal de desempleo del Plan de Trabajo Compartido (Formulario 1698)**

---

### **POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SU EMPLEADOR/COMPAÑÍA EN SECTOR DE ARRIBA EN LA PRIMERA PÁGINA**

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. Proporcionar

### **INFORMACIÓN Y DECLARACIÓN DEL EMPLEADO**

1. Número de seguro social
2. Primer nombre
3. Inicial del segundo nombre (si es aplicable)
4. Apellido
5. ¿Le informó el empleador sobre cualquier salario o ingresos provenientes de otro empleo?
6. ¿Si responde sí, cuál fue el salario bruto proveniente del otro empleador?
7. ¿Le informó el empleado acerca de cualquier cantidad de dinero proveniente de un pago de pensión, pensión vitalicia, o jubilación?
8. ¿Si responde sí, cuál fue la cantidad?

### **DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR**

1. ¿Acepta el empleado y el empleador y entienden que este reclamo será formulado por el empleador en nombre y representación del empleado?
2. ¿Perdió el empleado cualquier oportunidad de obtener beneficios con el empleado?
3. ¿Cuáles son las ganancias totales brutas a través del Plan de Trabajo Compartido del Empleador?
4. ¿Cuál es la cantidad total de horas de trabajo?
5. ¿Cuál es la semana laboral habitual (si es diferente que una semana de 40 horas de trabajo)?
6. Use este espacio para cualquier tipo de comentario adicional.

### PARA EMPLEADOS ADICIONALES

Si necesita otros formularios para empleados suplementarios, por favor descargue la “Lista de Participantes Suplementarios” (Formulario 1698A) haciendo clic en el enlace: [OregonWorkShare.org](http://OregonWorkShare.org). Como recordatorio, por favor cerciórese de que menciona el número de la página que completó para un procesamiento adecuado. Debe adjuntar todos los formularios aplicables para que su solicitud se procese correctamente.

### AUTORIZACIÓN DE SU CERTIFICACIÓN SEMANAL:

Por favor proporcione su firma electrónica de autorización y envíe el formulario confidencial y electrónico a [OED\\_WorkShare@Oregon.gov](mailto:OED_WorkShare@Oregon.gov).

Por favor mencione que al firmar y enviar 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](mailto: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 lláme al Especialista del Programa 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](http://www.sprintrelayonline.com)