

WE ARE YOUR DOL



Unemployment Insurance Division
Harriman State Office Campus
Albany, NY 12226
(518) 457-2635

قائمة المشاركين في خطة العمل المشتركة

إذا كان لديك أكثر من 7 أشخاص في وحدة متأثرة، فقم بتصوير هذه الصفحة لإضافة الأسماء الإضافية.
إذا كانت لديك أكثر من وحدة متأثرة واحدة، فقم بتصوير هذه الصفحة وإكمالها لكل وحدة أخرى.

اسم صاحب العمل وعنوان موقع العمل	رقم تسجيل صاحب العمل	التاريخ
----------------------------------	----------------------	---------

النسبة المئوية المقترحة للتخفيض¹:

اسم الوحدة المتأثرة:

اسم الأول للموظف	الاسم الأوسط	الاسم الأخير للموظف	رقم الضمان الاجتماعي للموظف	ساعات العمل المعتادة ²	هل يعمل هذا الموظف لديك بشكل موسمي، أو مؤقت، أو متقطع؟ (نعم أو لا)	عامل بالقطعة (نعم أو لا)	اسم النقابة والرقم المحلي ³	تاريخ البدء الفعلي للعمل المشترك ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

عدد الموظفين في الوحدة المتأثرة: _____

عدد موظفي العمل المشترك: _____

¹ لا يمكن أن تكون أقل من 20% ولا تزيد عن 60%

² يجب ألا تكون أكثر من 40 ساعة في الأسبوع

³ إذا كان الموظف عضوًا في إحدى النقابات، فلا بد من موافقة وكيل التفاوض الجماعي المعني (البند 14)

⁴ مطلوب فقط لتعديل خطة قائمة