

साझा कार्य योजना के प्रतिभागियों की सूची

यदि आपके पास किसी प्रभावित इकाई में 7 से अधिक लोग हैं, तो अतिरिक्त नामों के लिए इस पृष्ठ की फोटोकॉपी करें।
यदि आपके पास प्रभावित इकाई एक से अधिक है, तो इस पृष्ठ की फोटोकॉपी करें और प्रत्येक इकाई के लिए इसे पूरा करें।

नियोक्ता का नाम और कार्य साईट का पता	नियोक्ता पंजीकरण संख्या	तिथि
--------------------------------------	-------------------------	------

प्रभावित इकाई का नाम:

प्रस्तावित प्रतिशत की कमी¹:

कर्मचारी का पहला नाम	मध्य	कर्मचारी का अंतिम नाम	कर्मचारी का सामाजिक सुरक्षा संख्या	सामान्य कामकाजी घंटे ²	क्या यह कर्मचारी आपके लिए मौसम के हिसाब से, अस्थायी, या अंतराल वाले रोजगार में काम कर रहा है? (हाँ या नहीं)	पीस वर्कर (हाँ या नहीं)	यूनियन नाम और स्थानीय संख्या ³	साझा काम पर प्रभावी प्रारंभ तिथि ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

प्रभावित इकाई में कर्मचारियों की संख्या: _____

काम साझा करने वाले कर्मचारियों की संख्या: _____

¹ न्यूनतम 20% और अधिकतम 60% हो सकता है

² प्रति सप्ताह अधिकतम 40 घंटे ही होना चाहिए

³ यदि कर्मचारी यूनियन का सदस्य है, तो संबंधित सामूहिक सौदेबाजी एजेंट को सहमत होना चाहिए (आइटम 14)

⁴ केवल मौजूदा योजना को संशोधित करने के लिए आवश्यक है