

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

共享工作计划申请

说明:

- 请使用黑色墨水打印或影印。本表共两页，均需填写完整。
- 将填妥及签署的表格回寄至上述地址或传真至 (518) 485-6172。
- 劳工部须在计划开始日期前三周的星期一之前收到本申请。
 - 于计划开始日期前四(4)周递交的申请将不予考虑。

雇主信息

1. 雇主名称: _____
2. 雇主注册编号: _____ - _____ 3. 位置码 (如有): 98 - _____

计划信息

4. 本申请为 (选择一项): 新计划 现有计划调整
5. 您希望本计划何时开始? 该日期必须为星期一。 _____

联系信息

6. 联系人姓名: _____
7. 职务: _____
8. 电子邮件: _____
9. 邮寄地址:
- 9a. 街道及门牌号: _____
- 9b. 城市: _____ 9c. 州: _____ 9d. 邮编: _____
10. 加区号办公电话: _____ 分机号: _____

雇员信息

11. 您在纽约州拥有多少雇员? _____
12. 如果不加入共享工作计划, 请估计将有多少雇员被解雇? _____
13. 将参加本计划的雇员中是否有人按照计件方式计算工资? 是 否
- 如果是, 请详细说明计件工作安排。请提供工作安排或雇员薪资支付方式说明的复印件。

14 劳资集体谈判代理人同意书

1.工会名称: _____

本地编号: _____

姓名: _____

职务: _____

街道: _____

城市: _____

州: _____ 邮编: _____

电话: _____ 分机号: _____

签名: _____

2.工会名称: _____

本地编号: _____

姓名: _____

职务: _____

街道: _____

城市: _____

州: _____ 邮编: _____

电话: _____ 分机号: _____

签名: _____

如果您有其他劳资集体谈判代理人,请在另附纸张上列出相关信息,并随附于本申请。

雇主证明

兹证明如下:

- A. 于本共享工作申请之前生效的雇员健康保险、医疗保险、退休或任何其他附加福利将不会被取消或缩减,除非发生针对整体劳动人口的该等福利取消或缩减。
- B. 确定参与雇员的代表工会已阅读并提交了计划书面同意书。本同意书将予以保留,以备在必要时提供。
- C. 如果不加入共享工作计划,本人将开始裁员。
 - 全体雇员纳入本共享工作计划的缩减工时或限制工时等于因雇员下岗而将减少的工时。
- D. 在计划存续期间,受影响团体将不会另行招聘雇员。
- E. 共享工作福利可通过本人的失业保险账户支付(“经历定率”或偿还费用)。
- F. 本人同意,不计等待周,任何计划参与者享受福利的总时长不超过二十六周。
- G. 本人已向雇员提供拟议共享工作计划通知。
 - 如果本人无法提供该等通知,则本人已在本申请随附另一纸张作出解释。
- H. 本人已在问题 12 中提供了关于如果本人不能参加共享工作计划则需要裁减的准确估计雇员人数。
- I. 本计划的条款和实施将完全遵守适用的联邦和州法律中规定的雇主义务。
- J. 一经要求,将向专员提供证明计划管理良好的必要报告。专员可在核准前查看所有必要记录以核实计划情况及评估其使用情况。

公司高级职员、独资经营者或普通合伙人签名:

_____ 日期: _____

印刷体姓名: _____

职务: _____