

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

Shared Work Program (共有された作業プログラム) 申請

指示:

- 黒インクでタイプまたは印刷すること。両方のページを記入すること。
- 内容を記入して署名したフォームを上記住所、またはファックス ((518) 485-6172) で返送してください。
- 労働局は、プランの開始日の3週間前の月曜日まで、この申請を受け付けます。
 - プランの開始日の4週間前に送信された申請は受け付けられません。

雇用主の情報

1. 雇用主名: _____
2. 雇用主登録番号: _____ - _____ 3. もしある場合は場所コード: 98 - _____

プラン情報

4. この申請の目的は (ひとつチェックしてください) : 新しいプラン 既存プランの修正
5. あなたがこのプランを開始したい日はいつですか? 開始日は月曜日である必要があります。 _____

お問い合わせ先

6. 連絡先担当者名: _____
7. 役職名: _____
8. Eメール: _____
9. 郵送先住所:
 - 9a. 番地および通り: _____
 - 9b. 市区町村: _____
 - 9c. 州: _____
 - 9d. 郵便番号: _____
10. 事業者の市外局番付き電話番号: _____ 内線 _____

従業員の情報

11. あなたはニューヨーク州に何人の従業員がいますか? _____
12. 共有された作業プログラムがなければ、何人の従業員が解雇されたかを見積もってください: _____
13. 本プログラムに参加する従業員には、出来高払いで得た賃金を支払っている人がいますか? はい いいえ
「はい」の場合は、仕事の手配の詳細を記載してください。従業員の支払い方法について契約書または説明の写しを提出してください。

14 団体交渉代理人の同意

1. 労働組合名： _____

ローカル番号： _____

氏名： _____

役職名： _____

通り： _____

市区町村： _____

州： _____ 郵便番号： _____

電話： _____ 内線 _____

署名： _____

2. 労働組合名： _____

ローカル番号： _____

氏名： _____

役職名： _____

通り： _____

市区町村： _____

州： _____ 郵便番号： _____

電話： _____ 内線 _____

署名： _____

団体交渉代理人を追加する場合、別のシートに情報を記入し、この申請に添付してください。

雇用主の証明

私は以下のことを証明します：

- A. 従業員の健康保険、医療保険、退職金、またはこの共有された作業の申請前に有効であったその他の付加的な給付は、全従業員に対してそのような給付が廃止または減少されない限り、廃止または減少されません。
- B. 参加者として特定された従業員を代表する組合は、プランを検討し、書面による同意を提供しました。この同意は保持され、要請があれば提出されます。
- C. 共有された作業プログラムがなければ、私は従業員を解雇することになるでしょう。
 - この共有された作業プログラムに含まれる全従業員の短縮時間または制限時間は、解雇された労働者から失われる時間と等しいものです。
- D. プランの期間中、影響を受けるグループのために追加の従業員を雇用することはありません。
- E. 共有された作業給付金の支払いは、私の失業保険口座に請求されることがあります（経験の格付けまたは償還可能）。
- F. 私は、プログラムの参加者は、待機していた週を除いて、合計 26 週間を超える給付を受けてはならないことに同意します。
- G. 私は、提案された **Shared Work Plan**（共有された作業プラン）の通知を従業員に提供しました。
 - そのような通知ができない場合は、この申請に添付されている別紙に説明を記載しています。
- H. 私は、質問 12 に、私が共有された作業プログラムに参加できない場合に解雇される従業員の正確な推定数を提供しました。
- I. このプランの条件と実施は、適用される連邦法および州法に基づく雇用主の義務に完全に準拠するものとなります。
- J. 長官は、要請があればプランの適切な運営に必要な報告を受けるものとします。長官は、承認前にプランを検証し、その使用を評価するために必要なすべての記録にアクセスすることができます。

企業重役、個人事業主または無限責任パートナーの署名：

_____ 日付： _____

名前を活字体で記入： _____

役職名： _____