

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

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

일자리 공유 프로그램 신청서

지침:

- 검정색 잉크를 입력하거나 인쇄하십시오. 두 페이지를 모두 작성하십시오.
- 작성하고 서명한 양식을 위 주소로 반송하거나 (518) 485-6172 번으로 팩스로 보내주십시오.
- 플랜 시작일 3주 전 월요일까지 이 신청서를 노동부에 제출해야 합니다.
 - 플랜 시작일로부터 4주 전에 보낸 신청서는 접수되지 않습니다.

고용주 정보

1. 고용주 이름: _____
2. 고용주 등록 번호: _____ - _____ 3. 위치 코드(있는 경우): 98 - _____

플랜 정보

4. 이 신청서의 용도(한 항목 선택): 새 플랜 기존 플랜 수정
5. 이 플랜을 언제 시작하기를 원하십니까? 월요일이어야 합니다. _____

연락처 정보

6. 담당자 이름: _____
7. 직책: _____
8. 이메일: _____
9. 우편 주소:
 - 9a. 번지 및 거리: _____
 - 9b. 시: _____ 9c. 주: _____ 9d. 우편번호: _____
10. 지역 번호가 포함된 직장 전화번호: _____ 내선 _____

직원 정보

11. 뉴욕 주에 몇 명의 직원이 있습니까? _____
12. 일자리 공유 프로그램이 없었다면 해고되었을 수도 있는 직원 수를 산정하십시오: _____
13. 이 프로그램에 참여할 직원 중에 도급제로 임금을 받는 직원이 있습니까? 예 아니요
예인 경우 도급제에 대한 세부 정보를 제공하십시오. 직원 임금 지급 방식에 대한 계약서나 설명서가 있으면 사본을 제출하십시오.

14 단체교섭 에이전트 동의서

1. 조합 이름: _____
 지역 번호: _____
 이름: _____
 직책: _____
 거리: _____
 시: _____
 주: _____ 우편번호: _____
 전화: _____ 내선 _____
 서명: _____

2. 조합 이름: _____
 지역 번호: _____
 이름: _____
 직책: _____
 거리: _____
 시: _____
 주: _____ 우편번호: _____
 전화: _____ 내선 _____
 서명: _____

추가 단체교섭 에이전트가 있는 경우, 별도의 시트에 그들의 정보를 제공하고 이 신청서에 첨부하십시오.

고용주 인증

본인은 다음에 대해 인증합니다:

- A. 이 일자리 공유 신청서 이전에 효력을 지녔던 직원 건강 보험, 의료 보험, 은퇴 또는 다른 부가 혜택은 전체 근로자에 대해 그러한 혜택이 제거되거나 축소되지 않는 한 제거되거나 축소되지 않을 것입니다.
- B. 참가자로 확인된 직원을 대표하는 조합이 플랜을 검토하고 서면 동의서를 제공했습니다. 이 동의서는 요청 시 보관되고 생성될 것입니다.
- C. 일자리 공유 프로그램이 없었다면 근로자들을 해고했을 것입니다.
 - 이 일자리 공유 프로그램에 포함된 모든 직원들의 줄어들거나 제한된 시간은 해고된 근로자들이 잃게 되는 시간과 같습니다.
- D. 플랜 기간 동안 영향을 받는 그룹에 대해 추가 직원을 고용하지 않을 것입니다.
- E. 일자리 공유 혜택 급여는 본인의 실업 보험 계좌로 청구할 수 있습니다(경험 평가 또는 상환 가능).
- F. 본인은 대기 주를 제외하고 프로그램 참가자가 총 26주 이상 혜택을 받을 수 없다는 데 동의합니다.
- G. 본인은 제안된 일자리 공유 플랜에 대해 근로자에게 통지했습니다.
 - 그러한 통지를 제공할 수 없는 경우 이 신청서에 포함된 별도의 시트에 설명을 제공했습니다.
- H. 질문 12에서 일자리 공유 프로그램에 참여할 수 없을 경우 해고될 직원 수를 정확하게 추정했습니다.
- I. 이 플랜의 약관과 시행은 해당 연방 및 주 법률에 따라 고용주의 의무를 완전히 준수합니다.
- J. 감독관은 요청 시 플랜의 적절한 관리에 필요한 보고서를 받게 됩니다. 감독관은 승인 이전에 플랜을 검증하고 그 사용을 평가하기 위해 필요한 모든 기록에 접근할 수 있습니다.

회사 책임자, 개인 사업자 또는 무한책임사원의 서명:

_____ 날짜: _____
 이름 입력 또는 인쇄: _____
 직책: _____