

**WE ARE YOUR DOL**



**Lista de participantes en el plan de trabajo compartido**

Si tiene más de 7 personas en una unidad afectada, haga fotocopias de esta página para incluir los nombres adicionales.  
 Si tiene más de una unidad afectada, haga fotocopias de esta página y llene una para cada una de las otras unidades.

Nombre del empleador y dirección del lugar de trabajo	Número de registro del empleador	Fecha
---	----------------------------------	-------

**Nombre de la unidad afectada:**

**Porcentaje de reducción propuesto<sup>1</sup>:**

Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre	Apellido del empleado	Número de Seguro Social del empleado	Horario de trabajo normal <sup>2</sup>	¿Este empleado trabaja para usted en un empleo estacional, temporal o intermitente? (Sí o No)	Trabajador a destajo (Sí o No)	Nombre y número de local del sindicato <sup>3</sup>	Fecha de inicio en trabajo compartido <sup>4</sup>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Número de empleados en la unidad afectada: \_\_\_\_\_

Número de empleados en trabajo compartido: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> No puede ser menor a 20% ni mayor a 60%

<sup>2</sup> No deben ser más de 40 horas por semana

<sup>3</sup> Si el empleado es miembro de un sindicato, el agente de negociación colectiva correspondiente debe estar de acuerdo (punto 14)

<sup>4</sup> Solo se requiere para modificar un plan existente