

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 propuesto¹:

Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre	Apellido del empleado	Número de Seguro Social del empleado	Horario de trabajo normal ²	¿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 ³	Fecha de inicio en trabajo compartido ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Número de empleados en la unidad afectada: _____

Número de empleados en trabajo compartido: _____

¹ No puede ser menor a 20% ni mayor a 60%

² No deben ser más de 40 horas por semana

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

⁴ Solo se requiere para modificar un plan existente