

# WE ARE YOUR DOL



Division de l'assurance-chômage  
Section Responsabilité et Détermination  
Campus du bureau d'État de Harriman  
Albany, NY 12240  
(518) 457-2635

## Demande de programme de travail partagé

### Instructions :

- Tapez ou écrivez en lettres moulées à l'encre noire. Remplissez les deux pages.
- Renvoyez le formulaire rempli et signé à l'adresse ci-dessus ou par fax au (518) 485-6172.
- **Le ministère du Travail doit recevoir cette demande au plus tard le lundi trois semaines avant la date de début du plan.**
  - Les demandes envoyées quatre (4) semaines avant la date de début du plan ne seront pas prises en compte.

### Informations sur l'employeur

1. Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_
2. Numéro d'enregistrement de l'employeur : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Code de localisation, le cas échéant : 9 8 - \_\_\_\_\_

### Informations sur le plan

4. Cette demande est pour un (cocher une case) :  Nouveau plan  Modification d'un plan existant
5. À quelle date voulez-vous que ce plan commence ? Ce doit être un lundi. \_\_\_\_\_

### Informations de contact

6. Nom de la personne de contact : \_\_\_\_\_
7. Titre : \_\_\_\_\_
8. Mail : \_\_\_\_\_
9. Adresse postale :
  - 9a. Numéro et rue : \_\_\_\_\_
  - 9b. Ville : \_\_\_\_\_
  - 9c. État : \_\_\_\_\_
  - 9d. Code postal : \_\_\_\_\_
10. Téléphone professionnel précédé de l'indicatif régional : \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

### Informations sur les employés

11. Combien d'employés avez-vous dans l'État de New York ? \_\_\_\_\_
12. Veuillez estimer le nombre d'employés qui auraient été licenciés sans le programme de travail partagé : \_\_\_\_\_
13. Les employés qui participeront à ce programme reçoivent-ils un salaire provenant d'un travail à la pièce ?  
 Oui  Non

Si oui, donnez des détails sur le régime de travail à la pièce. Fournissez des copies de tout accord ou description de la manière dont les employés sont payés.

## 14 Consentement du ou des agents de négociation collective

1. Nom du syndicat : \_\_\_\_\_

Numéro de local : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

2. Nom du syndicat : \_\_\_\_\_

Numéro de local : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Si vous avez d'autres agents de négociation collective, fournissez leurs informations sur une feuille séparée et joignez-la à la présente demande.

### Attestation employeur

J'atteste ce qui suit :

- A. L'assurance santé de l'employé, l'assurance médicale, la retraite ou tout autre avantage social des employés en vigueur avant la présente demande de travail partagé ne seront pas supprimés ou diminués, sauf si ces avantages sont supprimés ou diminués pour l'ensemble du personnel.
- B. Le ou les syndicats représentant les employés identifiés comme participants ont examiné le plan et donné leur consentement écrit. Ce consentement sera conservé et produit sur demande.
- C. En l'absence du programme de travail partagé, je licencierais des employés.
  - Les heures réduites ou restreintes pour tous les employés inclus dans ce programme de travail partagé correspondent aux heures qui seraient perdues par les travailleurs licenciés.
- D. Aucun employé supplémentaire ne sera embauché pour le groupe concerné pendant la durée du plan.
- E. Les prestations de travail partagé peuvent être imputées à mon compte d'assurance chômage (avec critère d'expérience ou remboursable).
- F. J'accepte qu'aucun participant au programme ne reçoive au total plus de vingt-six semaines de prestations, sans compter la semaine de carence.
- G. J'ai notifié à mon personnel le plan de travail partagé proposé.
  - Si je ne suis pas en mesure de fournir cette notification, j'ai fourni une explication sur une feuille séparée jointe à la présente demande.
- H. J'ai fourni à la question 12 une estimation précise du nombre d'employés qui seraient licenciés si je ne suis pas en mesure de participer au programme de travail partagé.
- I. Les conditions et la mise en œuvre de ce plan seront pleinement conformes aux obligations de l'employeur en vertu des lois fédérales et étatiques applicables.
- J. Le commissaire recevra sur demande les rapports nécessaires à la bonne administration du régime. Le commissaire peut accéder à tous les documents nécessaires pour vérifier le plan avant son approbation et pour évaluer son utilisation.

**Signature du dirigeant de la société, du propriétaire unique ou de l'associé général :**

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Tapez ou écrivez le nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_