

**SOLICITUD DE PLAN DEL EMPLEADOR**

Envíe este formulario por fax al 800-701-7754

o cárguelo en [SharedWork upload](#)

Imprima o escriba la siguiente información.

Responda todas las preguntas y firme para completarlo.

¿Preguntas? Llame al 800-752-2500

1. Número del Departamento para la Seguridad del Empleo (ESD): \_\_\_\_\_  
*Encuentre este número en su declaración de impuestos del ESD.*

2. Nombre del negocio: \_\_\_\_\_ Que opera como (DBA): \_\_\_\_\_

3. Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Ubicación física/dirección (si es diferente a la dirección postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

4. Representante del empleador: el empleador debe identificar un representante para coordinar con el personal del Programa SharedWork con respecto al plan del empleador y los reclamos de los empleados elegibles. Los representantes del empleador deben reportar los cambios y responder a las solicitudes de información por escrito dentro de los 10 días. Los representantes también deben estar disponibles para el personal del programa.

| Representante principal del empleador: | Representante alternativo del empleador: |
|--|--|
| Nombre: _____                          | Nombre: _____                            |
| Puesto de trabajo: _____               | Puesto de trabajo: _____                 |
| Correo electrónico: _____              | Correo electrónico: _____                |
| Teléfono: _____ Ext.: _____            | Teléfono: _____ Ext.: _____              |
| Fax: _____                             | Fax: _____                               |

5. ¿Su empresa está experimentando una recesión económica?  Sí  Tal vez

6. ¿En qué fecha redujo o reducirá las horas? \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

7. ¿Cuántos empleados envía para participar en SharedWork?  
(Complete la lista de empleados del plan del empleador REQUERIDA.) \_\_\_\_\_

8. Calcule cuántos trabajos se salvarán al usar el programa de SharedWork. \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo avisará con anticipación a los empleados afectados cuyas horas se reducen o reducirán?  
 Correo electrónico  Memo o carta  Reunión del personal  Otro: \_\_\_\_\_  
 Si no es posible avisar con anticipación, indique por qué: \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo se enteró del programa SharedWork?  Asociación  Cámara de Comercio  Conferencia  
 Divulgación por correo electrónico  Seminario web equipo  local de servicios empresariales de WorkSource  
 Other: \_\_\_\_\_

11. a) ¿Cuántos de sus empleados participantes están representados por la unión? \_\_\_\_\_  N/A

b) **Información de afiliación a la unión del empleador (si corresponde):** el plan de SharedWork del empleador debe ser aprobada por escrito por el representante de negociación colectiva para cada acuerdo de negociación colectiva afectado que cubra a cualquier empleado afectado. **Se requiere firma(s) de aprobación para procesar esta solicitud.**

|  |  |
|--|--|
| Unión: _____ Local: _____                                  | Unión: _____ Local: _____                                  |
| Teléfono: _____ Ext.: _____                                | Teléfono: _____ Ext.: _____                                |
| <u>Nombre del representante de la unión autorizado</u>     | <u>Nombre del representante de la unión autorizado</u>     |
| En letra imprenta: _____<br><small>imprimir nombre</small> | En letra imprenta: _____<br><small>imprimir nombre</small> |
| Firma: _____   | Firma: _____   |

**12. Su firma certifica que:**

- Tiene al menos dos empleados permanentes inscritos en el plan de SharedWork.
- Los empleados afectados se contrataron de forma permanente.
- Los beneficios de salud continuarán proporcionándose bajo los mismos términos y condiciones que cuando el empleado afectado trabajaba sus horas semanales normales, a menos que se cambien los beneficios de salud para todos sus empleados.
- Los beneficios de jubilación y las contribuciones bajo planes definidos continuarán proporcionándose bajo los mismos términos y condiciones que cuando los empleados afectados trabajaban sus horas semanales normales, a menos que se cambien los beneficios de jubilación para todos sus empleados.
- Las vacaciones pagadas, los feriados y la licencia por enfermedad continúan proporcionándose bajo los mismos términos y condiciones que cuando los empleados afectados trabajaban sus horas semanales normales.
- Usted acepta proporcionar todos los reportes y la información necesaria para la administración adecuada de su plan de SharedWork.
- Su participación es consistente con sus obligaciones bajo la ley federal y estatal.
- Si hay algún cambio en la información de esta solicitud o lista de empleados (participantes), avisará al personal del programa de SharedWork de inmediato.
- Acepta no usar el programa de SharedWork para financiar a los empleados de temporada durante la temporada baja.

Al firmar a continuación, yo, \_\_\_\_\_ imprimir nombre certifico que estoy autorizado a firmar este documento en nombre de la empresa y que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dueño, propietario, director ejecutivo (CEO), director financiero (CFO), oficial de contratación (CO), gerente general (GM), gerente de recursos humanos (HR Manager), gerente de nómina (Payroll Manager) MM/DD/YYYY

**PASO SIGUIENTE** [Haga clic aquí para completar la lista de empleados del plan del empleador.](#) Solo podemos procesar solicitudes completas.