

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 alterno 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 adjunta REQUERIDA a continuación.) _____

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: _____ <small>imprimir nombre</small>	En letra imprenta: _____ <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 Debe completar la lista de empleados del plan del empleador a continuación. Solo podemos procesar solicitudes completas.



Si necesita más páginas, puede descargar páginas de la Lista de empleados adicionales de nuestro sitio web en SharedWork Formularios y publicaciones. [Formularios de SharedWork y publicaciones](#)

¿Quién no es elegible para participar en el programa SharedWork?

- (a) Los salarios de empleados pagos sobre cualquier base que no fuera el salario por hora. Esto incluye, pero no se limita a, empleados pagados por trabajo a destajo, millaje, por el trabajo individualizado, salario o comisión. Podemos hacer excepciones a esta exclusión para los empleados a quienes se les pague por trabajo a destajo si se puede establecer una tarifa de pago por hora.
- (b) Funcionarios de la corporación que solicita participación.
- (c) Empleados estacionales durante la temporada baja.

La ley que se aplica es **WAC 192-250-045**.

Por favor imprima o escriba.

Nombre y ubicación de la empresa:	Número del Departamento para la Seguridad del Empleo (ESD): Este número se puede encontrar en su declaración de impuestos de ESD.	Fecha: MM/DD/YYYY

Primer nombre del empleado	Apellido del empleado	Número de seguro social	Fecha de contratación MM/DD/YYYY	Horas semanales habituales trabajadas antes de la reducción (solo números enteros)	Tarifa de pago por hora	Asociado con que Unión
Ejemplo: John	Doe	XXX XX XXXX	12/12/1997	40	22.10	Boilermakers

El Departamento para la Seguridad del Empleo es un empleador/programa con oportunidades equitativas. La previa solicitud de equipos auxiliares y servicios están disponibles para los individuos con discapacidades. Los servicios de asistencia con el idioma para las personas con dominio limitado del inglés están disponibles sin costo. Servicio de retransmisión de Washington: 711