



DEPARTAMENTO DE TRABAJO DEL ESTADO DE NUEVA YORK

División del Seguro por Desempleo

Reclamo Continuo de Trabajo Compartido (Shared Work)

Certificación para la Semana de Espera

(Instrucciones al revés)

Número de Seguro Social

Grid for Social Security Number

Nombre y apellido de solicitante (Por favor use letra de imprenta)

Si su nombre y/o apellido ha cambiado desde la última vez que reclamó, por favor indique su nombre y/o apellido anterior

PARTE A- DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

1a semana que termina (fecha que termina domingo)

Escriba la fecha y conteste las preguntas para la semana de espera reclamada:

- 1. ¿Trabajó usted más de 32 horas en la semana para su patrón de trabajo compartido?
¿Si "sí" ¿cuántas horas trabajó usted?
2. Si su patrón hubiese querido que usted trabajara durante sus horas programadas para no trabajar bajo el plan de trabajo compartido, ¿había alguna razón por la cuál usted no hubiera podido aceptar ese trabajo?
Si "sí", dé las fechas en las cuales usted no podría haber aceptado el trabajo.
3. ¿Trabajó usted para otro patrón aparte de su patrón de trabajo compartido durante cualquier día de la semana?
Si "sí", complete las preguntas "a" hasta "d".
a. Nombre y dirección del patrón.
b. ¿En qué fecha(s) trabajó para este patrón?
c. ¿Fueron sus ingresos brutos para esta semana más de \$405?
¿Usted todavía trabaja para este patrón?
Si "no" ¿por qué usted no está trabajando para este patrón?
4. ¿Cuál fue el última día que usted trabajó para CUALQUIER patrón durante esta semana? Indique la fecha.

Response boxes for questions 1-4 with 'Sí' and 'No' options

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: Yo reclamo beneficios de trabajo compartido (Shared Work) bajo la Ley del Seguro por Desempleo del Estado de Nueva York. Yo certifico que las declaraciones arriba son verdaderas y completas...

Firma _____ Fecha _____

Dirección (Complete solamente si ha cambiado) _____

PARTE B - DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Durante la semana reclamada:

- 1. Porcentaje de reducción de las horas y salarios a tiempo completo debido a trabajo compartido.
2. ¿Se basaron los salarios del empleado en trabajo a destajo?
3. ¿Se ausentó su empleado del trabajo durante la semana completa?
4. ¿Rechazó su empleado algún trabajo que usted le hizo disponible?
Si "sí", dé las fechas y el número de horas del trabajo disponible.
5. ¿Protesta usted el pago de beneficios de trabajo compartido para este empleado?
Si "sí", por favor explique.

Response boxes for questions 1-5 with percentage and 'Sí/No' options

CERTIFICO que la información citada con respecto al estado de esta compañía y el estado/ingresos de este empleado en relación a la participación en el programa de trabajo compartido es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Employer Account Number grid

Número de cuenta de empleador

Local Code grid

Código del Local, si existe uno

Nombre del Empleador

Título

Firma del Empleador

N.º de teléfono

RECLAMO CONTINUO DE TRABAJO COMPARTIDO (Shared Work)

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO - PARTE A

EXPLICACIÓN: Se usa este formulario para reclamar los beneficios de trabajo compartido durante las semanas en que se han reducidos sus horas normales de trabajo a tiempo completo según un plan de trabajo compartido, del cual su patrón ha consentido.

PROCEDIMIENTO: Llene la Parte A, "Declaración del Empleado", al otro lado de este formulario. Las semanas de beneficios del seguro de desempleo de Nueva York son de lunes a domingo. **ASEGÚRESE DE INDICAR LA FECHA(S) DEL DOMINGO CORRESPONDIENTE A LA SEMANA QUE FINALIZA PARA CADA SEMANA(S) QUE USTED DESEA RECLAMAR EN EL ESPACIO PROVEÍDO AL PRINCIPIO DEL FORMULARIO.**

Si su nombre/apellido ha cambiado, escriba su nombre/apellido correcto y su nombre/apellido previo en letra de imprenta en el espacio proporcionado al principio del formulario.

Si usted ha cambiado su dirección, escriba su dirección nueva en letra de imprenta en el espacio proporcionado debajo de su firma. Asegúrese de incluir su código postal.

Devuelva este formulario a su patrón, quien completará la **Parte B** y lo enviará a la División del Seguro por Desempleo para que sea procesado.

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR - PARTE B

EXPLICACIÓN: El propósito de este formulario es para confirmar el estado de los empleados que usted ha enumerado en su plan de trabajo compartido.

PREGUNTA 1: Se calcula el porcentaje de la reducción al dividir el número de horas para las que el empleado no fue pagado debido a trabajo compartido, por el número de horas normalmente trabajadas en la semana (la semana de trabajo normal no puede ser menos de 35 horas ni puede exceder 40 horas.)

No se pagan beneficios de trabajo compartido por ningunas horas para las que el empleado recibe pago del empleador. Eso quiere decir que todas las horas para las que el empleado recibe compensación del empleador se consideran como "empleo" para el propósito de calcular el porcentaje de la reducción. Esto incluye días pagados por vacaciones, días feriados y días de enfermedad, igualmente como los pagos por servicios realizados.

Ejemplo: Un empleado que esta programado para trabajar 40 horas normales a la semana, 8 horas al día. El empleador está cerrado el viernes debido a un plan del trabajo compartido.

- a. El empleado trabaja de lunes a jueves; esta es una reducción del 20%.
- b. El empleado trabaja de lunes a miércoles, recibe pago de enfermedad para el jueves, no tiene trabajo el viernes; esta es una reducción del 20%.
- c. El empleado trabaja de lunes a jueves y consigue pagos de día feriado para el viernes. Esta es una reducción del 0%.

PROCEDIMIENTO: Déle un formulario a cada empleado que esté cubierto bajo su plan de trabajo compartido (ShareWork) el lunes siguiente al domingo de la semana indicada al revés del formulario o tan pronto como sea posible después de eso si el empleado no trabaja el lunes. Este será el segundo lunes tras la fecha en que su plan de trabajo compartido se efectúa y cada dos lunes después de eso.

Después de que el empleado llena la Parte A y le devuelva el formulario a usted, complete la Parte B, "Declaración del Empleador", y envíelo a NYS Department of Labor, Unemployment Insurance Division, Attention - Shared Work, PO Box 621, Albany, NY 12201-0621, dentro de siete (7) días de la última fecha en que termina la semana indicada en la Parte A.

Envíe por correo todos los formularios de todos los empleados en un solo sobre, si es posible.

Si el empleado completó la Parte A y desea reclamar beneficios para la semana, aunque usted proteste el pago, someta el formulario para que lo revisemos y tomemos una decisión. Incluya una declaración que explique por qué protesta usted el pago.

IMPORTANTE

REVISE ESTE FORMULARIO PARA VERIFICAR SI ES CORRECTO. CUALQUIER ERRORES U OMISIONES RESULTARÁN EN UN RETRASO DEL PAGO DE BENEFICIOS.