

# Solicitud para el plan Work Share

Escriba la siguiente información a máquina o en letra de imprenta

## 1. Información sobre el empleador

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente de la dirección postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## 2. Número de identificación del negocio (BIN): \_\_\_\_\_

**3. Representante del empleador:** El empleador debe designar un representante para coordinar, con el personal del programa Work Share, todos los asuntos relacionados con el plan del empleador y los reclamos de los empleados elegibles.

Representante principal del empleador: \_\_\_\_\_

Representante suplente del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**4. Fecha solicitada de inicio del plan** (debe ser un día domingo): \_\_\_\_\_ (mes/día/año) El plan vence después de un año.

**5. Cantidad estimada de empleados afectados:** \_\_\_\_\_ **6. ¿Cuántos despidos evitará?** \_\_\_\_\_

**7. Los beneficios de salud o jubilación no se verán afectados si las horas de trabajo se reducen a menos de las horas semanales normales** (colocar sus iniciales). \_\_\_\_\_

**8. Describa la forma en que se implementará el programa Work Share:**

\_\_\_\_\_

**9. ¿Cómo piensa notificar a sus empleados del plan Work Share?**

\_\_\_\_\_

**10. Información sobre la afiliación a sindicatos (de corresponder):** El plan Work Share del empleador debe estar aprobado por el agente del convenio colectivo de trabajo de cada empleado afectado que sea parte de un convenio colectivo de trabajo.

Sindicato: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Sindicato: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Nombre del rep. autorizado del sindicato: \_\_\_\_\_

Nombre del rep. autorizado del sindicato: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Mediante mi firma al pie apruebo que el empleador mencionado solicite un plan de Work Share. Doy fe, además, de que estoy facultado para firmar en nombre de este sindicato. Si firmo este formulario de manera electrónica, entiendo y reconozco que mi firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma manuscrita.

Mediante mi firma al pie apruebo que el empleador mencionado solicite un plan de Work Share. Doy fe, además, de que estoy facultado para firmar en nombre de este sindicato. Si firmo este formulario de manera electrónica, entiendo y reconozco que mi firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma manuscrita.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Marque cada uno de los casilleros para indicar que certifica lo siguiente:**

- 1. Al menos tres de mis empleados participan en el programa.
- 2. Antes del comienzo del plan, todos los empleados afectados por este acuerdo trabajaron en mi empresa de forma continua durante al menos seis meses a tiempo completo o durante al menos un año a tiempo parcial (no fueron trabajadores estacionales, temporales ni intermitentes).
- 3. El número normal de horas semanales de trabajo de los empleados se reducirá en un 20% como mínimo, pero no más del 40%, con la correspondiente reducción de los salarios.
- 4. Reconozco que la participación en el programa de Work Share puede tener un efecto negativo en mi tasa del impuesto al seguro por desempleo.
- 5. Continuaré ofreciendo beneficios de salud a los empleados afectados según los mismos términos y condiciones que regían cuando ellos trabajaban la cantidad normal de horas semanales, a menos que los beneficios de salud cambien para todos mis empleados.
- 6. Continuaré ofreciendo beneficios de jubilación según un plan definido de beneficios, o aportes según un plan definido de aportes, a los empleados afectados según los mismos términos y condiciones que regían cuando ellos trabajaban la cantidad normal de horas semanales, a menos que los beneficios de jubilación cambien para todos mis empleados.
- 7. Continuaré pagando las vacaciones, días festivos y de licencia por enfermedad a los empleados afectados según los mismos términos y condiciones que regían cuando trabajaban la cantidad normal de horas semanales.
- 8. Acepto proporcionar todos los informes y datos necesarios para la adecuada gestión del plan de Work Share.
- 9. Entregué a todos los empleados que participan en mi plan de Work Share la solicitud de reclamo inicial del programa de Work Share (que se encuentra en el paquete de solicitud del programa de Work Share).
- 10. Notificaré de inmediato al Departamento de Empleo de cualquier cambio en la información que proporcioné en esta solicitud del plan o en la lista de participantes del plan.

**Al presionar el botón "Enviar" al pie, acepto cumplir con todas las leyes estatales y federales sobre desempleo, y doy fe de que toda la información que di en esta solicitud es correcta y verdadera.**

**Al firmar este formulario electrónicamente, entiendo y reconozco que mi firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma manuscrita. Doy fe, además, de que estoy facultado para firmar en nombre de este empleador.**

Firma autorizada: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOTA:** La lista de los empleados participantes se debe presentar junto con la solicitud.  
El plan no se puede aprobar sin la lista de participantes.

**Oregon Employment Department • Attn: Work Share • 875 Union St. NE • Salem • Oregon •  
97311 Fax: (503) 947-1888 • [www.OregonWorkShare.com](http://www.OregonWorkShare.com) • Email: [oed\\_workshare@oregon.gov](mailto:oed_workshare@oregon.gov)**

*El Departamento de Empleo de Oregón es un programa que respeta la igualdad de oportunidades y provee empleo y servicios públicos sin discriminar por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, nacionalidad de origen, ciudadanía, edad, discapacidad, afiliación o creencia política o situación de veterano. Los siguientes servicios gratuitos están disponibles para quienes los soliciten: servicios o ayudas auxiliares, diferentes formatos como Braille, letra grande, grabaciones de audio en cinta o disco compacto, presentación oral y formatos electrónicos para personas con discapacidades, y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés.*