



Department of Labor

Unemployment Insurance Division
Liability and Determination Section
Harriman State Office Campus
Albany, NY 12240
(518) 457-2635

Domanda di Programma di lavoro condiviso

Scrivere al computer o in stampatello con inchiostro nero.
Compilare tutte e tre le pagine.

Il Dipartimento del lavoro (Department of Labor) deve ricevere la presente domanda entro il lunedì che precede di tre settimane la data di inizio del piano. Spedire il modulo compilato all'indirizzo sopra indicato o inviarlo via fax al numero (518) 485-6172.

Le domande inviate 4 settimane prima della data di inizio del piano non saranno prese in considerazione.

Informazioni sul datore di lavoro

1. Nome del datore di lavoro _____

2. Numero di registrazione del datore di lavoro

		-					
--	--	---	--	--	--	--	--

3. Codice sede, se esistente

9	8	-					
---	---	---	--	--	--	--	--

Informazioni sul piano

4. Si tratta di: A. Nuovo piano B. Modifica di un piano esistente

5. **Data di inizio piano:** in quale data desidera che il piano entri in vigore? _____

Nota: la data di inizio del piano deve essere un lunedì.

Informazioni di contatto

6. Nome della persona da contattare

7. Qualifica

8. E-mail

9a. Indirizzo postale (numero, via)

9b. Città

9c. Stato, CAP

10. Numero telefonico aziendale
(incluso il prefisso)

11. Quante persone impiega nello Stato di New York? _____

12. Valuti quante persone sarebbero state licenziate senza il Programma di lavoro condiviso (Shared Work Program): _____

13. Qualche dipendente che farà parte del Programma è pagato a cottimo? Sì No

Se sì, fornisca dettagli sui contratti di lavoro a cottimo. Fornisca le copie degli accordi o descriva le modalità di retribuzione dei dipendenti.

14. Consenso rappresentante/i del contratto collettivo

1. Nome del sindacato: _____	2. Nome del sindacato: _____
Numero locale: _____	Numero locale: _____
Nome: _____	Nome: _____
Qualifica: _____	Qualifica: _____
Via: _____	Via: _____
Città: _____	Città: _____
Stato: _____ CAP: _____	Stato: _____ CAP: _____
Telefono: (____) _____	Telefono: (____) _____
Firma: _____	Firma: _____

Se sono presenti altri rappresentanti del contratto collettivo, fornisca informazioni su un foglio separato da allegare alla presente domanda.

Certificazione del datore di lavoro

Io sottoscritto certifico quanto segue:

- A. Senza il Programma di lavoro condiviso dovrei licenziare alcuni dipendenti. Il numero di ore ridotto o limitato per tutti i dipendenti inclusi nel Programma di lavoro condiviso è pari al numero di ore che si perderebbero con il licenziamento di alcuni dipendenti.
- B. L'assicurazione sanitaria, l'assicurazione medica, la pensione o altre indennità accessorie dei dipendenti in vigore prima della domanda di lavoro condiviso non saranno eliminate né ridotte, a meno che tali indennità non vengano eliminate o ridotte per l'intera forza lavoro.
- C. Non verranno assunti altri dipendenti per il gruppo interessato nel periodo di durata del piano.
- D. Ho comunicato la proposta del Piano di lavoro condiviso ai miei dipendenti.
- E. I pagamenti delle indennità relative al lavoro condiviso possono essere addebitati sul mio conto di assicurazione contro la disoccupazione (valutazione esperienza pregressa o rimborso).
- F. Il Commissario riceverà su richiesta le relazioni necessarie per l'adeguata gestione del piano. Il Commissario ha il diritto di accedere a tutta la documentazione necessaria a controllare il piano prima della sua approvazione e a valutarne l'utilizzo.
- G. Il sindacato o i sindacati che rappresentano i dipendenti identificati come partecipanti, hanno visionato e fornito per iscritto il consenso al piano. Il consenso deve essere conservato e presentato su richiesta.

Nome del datore di lavoro _____ Qualifica _____
(in stampatello o al computer)

Firma _____ Data _____

La firma deve essere apposta da un dirigente aziendale,
dal proprietario unico o da un socio accomandatario.