



Department of Labor

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

노동 분담 프로그램(Shared Work Program) 신청서

검은색 잉크로 입력 또는 인쇄하십시오.
3 쪽을 모두 작성하십시오.

노동부(Department of Labor)에 계획 시작일 3주 전 월요일까지 이 신청서를 제출해야 합니다. 작성한 양식을 상기 주소 또는 팩스(518) 485-6172로 보내주십시오.
계획 시작일 4 주 전에 발송된 신청서는 고려하지 않습니다.

고용주 정보

1. 고용주 이름

2. 고용주 등록 번호

Registration number input boxes

3. 위치 코드(해당할 경우)

Location code input boxes

계획 정보

4. 이 작업은: A. [ ] 새로운 계획 B. [ ] 기존 계획 수정

5. 계획 시작일: 이 계획은 언제부터 유효합니까?
참고: 계획 시작일은 월요일이어야 합니다.

연락 정보

6. 담당자 이름

7. 직위

8. 이메일 ID

9a. 우편 주소(번지, 도로명)

9b. 시

9c. 주, 우편번호

10. 업무 전화번호
(지역 코드 포함)

11. 귀하는 뉴욕주에서 몇 명을 고용합니까?

12. 노동 분담 프로그램이 없다면 몇 명이 해고되었을지 계산하십시오.

13. 이 프로그램에 참가하는 종업원 중에서 도급 작업으로 임금을 받는 사람이 있습니까?
있을 경우, 도급 작업 계약에 관한 세부 내용을 작성하십시오. 직원 급여에 대한 계약서 사본 또는 설명을 제출하십시오.

## 14. 단체 교섭 대표자 동의

1. 노조 이름: _____	2. 노조 이름: _____
지역 번호: _____	지역 번호: _____
성명: _____	성명: _____
직위: _____	직위: _____
도로명: _____	로: _____
시: _____	시: _____
주: _____ 우편번호: _____	주: _____ 우편번호: _____
전화번호: (____) _____	전화번호: (____) _____
서명: _____	서명: _____

다른 단체교섭 대표가 있다면 별도 용지에 정보를 제공하고 이 신청서에 첨부하십시오.

### 고용주 증명

본인은 다음을 증명합니다.

- A. 노동 분담 프로그램이 없다면 근로자를 해고해야 했을 것입니다. 이 노동 분담 프로그램에 포함된 모든 종업원의 축소/제한된 근무 시간은 해고 근로자의 근무 시간과 같습니다.
- B. 노동 분담 신청 전에 제공하던 종업원의 건강 보험, 의료 보험, 퇴직 또는 기타 다른 부가 수당은 전체 인력에서 제거/축소되지 않을 경우 그대로 유지됩니다.
- C. 계획 기간에 해당 집단에서 추가 종업원을 고용하지 않을 것입니다.
- D. 우리 인력에게 제안된 노동 분담 계획 고지서를 배부하였습니다.
- E. 노동 분담 수당 지급금은 실업 보험 계정에서 부과될 수 있습니다(경험료율 또는 환급 가능 금액).
- F. 위원이 요청할 시 계획의 적절한 집행에 필요한 보고서를 받을 수 있습니다. 위원은 계획 승인 및 유용성을 평가하기 전에 계획을 승인하는 데 필요한 모든 기록을 열람할 수 있습니다.
- G. 참가 종업원을 대표하는 노동조합이 계획을 검토하고 서면 동의서를 제출하였으며, 이는 보관 요청 시 복제할 수 있습니다.

고용주 이름 (입력 또는 인쇄) \_\_\_\_\_ 직위 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

서명은 회사 임원, 개인점주 또는 총괄 파트너여야 합니다.