

# 工作分担计划参加者 失业保险福利指南



本手册由加州就业开发署（EDD）发行，包含加州失业保险法律规定的您的权利、责任及福利的一般信息。这些信息不包括有关法律的所有规定。有关您的申请的具体信息，请联系特别理赔办公室，电话是1-916-464-3300。

## 目录

---

前言 .....	1
地址 - 特别理赔办公室 .....	1
工作分担失业保险 .....	2
<i>Notice of Unemployment Insurance Award, DE 429Z</i> (失业保险领取通知书) .....	3
有关工作分担计划的问答 (问与答) .....	3
填表说明 - <i>Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS</i> (初次申请及支付证书) .....	6
摹本 - <i>Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS</i> (初次申请及支付证书) .....	10
填表说明 - <i>Work Sharing Certification, DE 4581WS</i> (工作分担证书) .....	14
摹本 - <i>Work Sharing Certification, DE 4581WS</i> (工作分担证书) .....	16
资格条件 .....	18

**请完整、仔细阅读本手册。**

没有按照本手册的说明去做，或者没有按指示填写及提交表格，可能导致您的工作分担失业保险福利延误或丧失。

不要依赖朋友或亲戚的建议。如果您有不明白之处或者您的保险申请遇有困难，请联系特别理赔办公室。

**请保存本手册，以便将来查阅。**

您可以访问就业开发署 (EDD) 网站 [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov) 获取更多信息，包括常见问题。

本手册 *A Guide to Unemployment Insurance Benefits for Work Sharing Participants*, DE 1275WS (工作分担参加者失业保险福利指南) 将为您提供有关加州工作分担失业保险 (UI) 项目的信息。它可在 [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov) 获取, 为您提供以下信息:

- 关于工作分担计划的一般信息。
- 关于工作分担计划的问答。
- 资格条件。
- 工作分担表格的填写说明。
- 工作分担表格样本。

DE 1275WS仅包含与工作分担计划有关的信息。有关普通失业保险的信息, 可在 [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov) 查阅 *A Guide to Benefits and Employment Services*, DE 1275A (福利与就业服务指南)。DE 1275A将为您提供关于以下各项的信息:

- 基本申请信息
- 撤销失业保险申请
- 等待时期
- EDD如何计算您的福利
- 基本时期
- 相隔时间
- 上诉
- 核实工作权

DE 1275A包含的以上所列各项, 适用于工作分担参加者。例如:

- 提交的每项失业保险申请后, 包括工作分担福利申请在内, 都必须有一段等待时期。
- 不论您是否是工作分担参加者, 都采用相同程序撤销失业保险申请。

提出您的失业保险申请后, 将寄送 *Notice of Unemployment Insurance Award*, DE 429Z (失业保险领取通知书) 以及 *Unemployment Insurance Benefits: What You Need to Know*, DE 1275B (失业保险福利: 您需要知道什么)。这些通知仅与普通失业保险申请有关。请保留这些信息作为您的记录。

仔细阅读所有信息, 并保存起来以便将来查阅。如果提供的信息没有回答您的问题, 或者您需要帮助, 请通过下面所列的号码联系就业开发署。

Employment Development Department Special Claims Office  
PO Box 419076  
Rancho Cordova, CA 95741-9076  
916-464-3300

## 工作分担失业保险

---

工作分担计划帮助雇主和雇员避免在生意不景气时期裁员。为此，您的雇主将把您每周的工作时间和工资减少至少10%但不超过60%，而不调低时薪。按照工时和工资的减少比例，支付工作分担福利。例如：

您的工作分担计划雇主把您正常的每周工作时间从40小时减到32小时。付给您的时薪为每小时10美元。由于工作分担，您正常的每周工资从400美元减到320美元。这意味着您的工作时间和每周赚取的工资都减少20%。

由于您的工作时间减少20%，您赚取的工资也减少20%。您每小时10美元的时薪保持不变。

雇主将决定哪些雇员参加工作分担计划，以及在哪些周减少工作时间和工资。

雇主的工作分担计划获得批准后，就业开发署（EDD）把给每位参加的雇员的“邮包”寄到雇主那里。当雇主决定减少某一周的正常工作时间时，将发给每位被选中参加工作分担计划的雇员一个邮包。每个邮包中包含提出失业保险申请必需的所有文件。除DE 1275WS手册外，邮包还包括以下各项：

*Initial Claim and Payment Certification*, DE 4511WS (初次申请及支付证书)

您的雇主将填写A部分，并把 *Initial Claim and Payment Certification*, DE 4511WS (初次申请及支付证书) 发给您，让您填写B和C部分。在您的雇主填好A部分之前，不要填写B和C部分。

两个印有特别理赔办公室地址的信封

这些信封是供您寄送下两份 *Work Sharing Certification*, DE 4581WS (工作分担证书)。用完这些印有地址的信封后，您要负责把您的工作分担证书及时寄到特别理赔办公室的正确地址。

您可在以下地方找到特别理赔办公室的准确地址：

- *Initial Claim and Payment Certification*, DE 4511WS (初次申请及支付证书) 第1页
- *Work Sharing Certification*, DE 4581WS (工作分担证书) 第2页，以及
- 本手册第1页底部。

**NOTICE OF UNEMPLOYMENT INSURANCE AWARD, DE 429Z**  
**(失业保险领取通知书)**

---

您递交申请后，将寄给您一份 *Notice of Unemployment Insurance Award, DE 429Z* (失业保险领取通知书)。请仔细检查该通知书。欲了解关于DE 429Z的更多信息，请访问[www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov)的Forms and Publications (表格和出版物) 页。

通知书中有您这次领取的每周和最高福利金额。每周福利金额是您完全失业时应付的每周全部金额。将根据您每周工作时间和工资减少的百分比，支付工作分担福利。例如：

- 如果您每周的**全部**福利金额是230美元，而且您每周的工作时间和工资减少10%。
- 您将领到230美元的10%（工作时间和工资减少10%），即23美元。

如果DE 429Z中的信息有误，请尽早联系特别理赔办公室，因为您领取的福利金额可能会有误。

**有关工作分担计划的问答（问与答）**

---

**问:**由谁支付工作分担福利的费用？

**答:**工作分担失业保险是由您的雇主付钱购买的一项保险计划。没有从您的工资里扣除**任何钱**来支付这些福利。

**问:**我如何知道我将获得多少工作分担福利金？

**答:**在您递交失业保险申请之后，将寄给您一份 DE 429Z。通知书上写明您的每周福利金额。将根据您每周减少的工作时间和工资，向您支付该金额的一定比例。

例如：

如果您每周的福利金额是230美元，而且您每周的工作时间和工资减少10%，将向您支付230美元的10%，即23美元。如果您每周的福利金额是150美元，而且您的工作分担时间和工资减少30%，将向您支付150美元的30%，即45美元。

**问:**我能撤销申请吗？

**答:**寄给您DE 429Z之后，您可以选择撤销工作分担加州失业保险申请。您仅可在没有支付福利，没有寄给您丧失资格通知书，并且/或者没有确定超额领取的情况下，才可撤销失业保险申请。如果申请被撤销，该申请不能重新开立，但您可在日后提出新申请。如果初始申请没被撤销，52周内不能提出其他加州申请。如果您有关于申请撤销的问题或者想撤销您的申请，请联系EDD。

**重要:** 申请一旦撤销，不能在同一起始日重新建立。

**问:**会从我工作分担福利中预扣联邦税吗?

**答:**如果您希望预扣申请表上写明周数的联邦所得税,则填写该申请表上的回答区域。如果您不想用预扣税,则把这个区域留作空白。这个选择完全自愿;没有规定您必须从福利中预扣税。

**问:**工作分担计划的参加者需要经历一个星期的等待期吗?

**答:**是的,加州法律规定每个人经历一个星期**没有福利**的等待期。在每个52周的应用年度,只有一个等待期。等待周通常是您的福利年度中本可领取福利的第一星期(本可领取意指若不是由于等候期的要求,您在每个方面应当有资格领取福利)。

**问:**如果我因裁员被解雇,我还能申请领取工作分担福利吗?

**答:**如果您因裁员被解雇,失业时间超过连续三个星期,特别理赔办公室将寄给您有关您的福利的说明和信息。您的申请在一年内有效,并可在参加工作分担计划期间使用,或者用来领取全部或部分失业保险福利。领取全部或部分失业保险福利期间,对您的申请将适用失业保险(不是工作分担计划)的一般规定。参考DE 1275A和DE 1275B。

**问:**由谁负责把工作分担证书寄给特别理赔办公室?

**答:**由您负责把工作分担证书寄给特别理赔办公室。然而,有些雇主替他们的雇员把填好的证书寄给特别理赔办公室。不论由谁寄证书,证书必须在您的雇主给您签发的日期之后14日内盖上邮戳寄出。

**问:**我的雇主什么时候给我工作分担证书?

**答:**您的雇主会在您减少工作时间和工资的第一个星期结束后,给您签发工作分担证书。证书必须在工作分担星期结束之后14日内签发。

**问:**我要知道是否已经发放福利,应当给谁打电话?

**答:**请等待10天再向EDD查询您的付款。如果10天过了,您还没有收到付款,您可以打电话给EDD的自动电话1-866-333-4606。如果自动电话告知您付款已发放,请联系特别理赔办公室,电话是916-464-3300。

**问:**如果我的借记卡丢失或被盗,应该怎么办?

**答:**立即拨打1-866-692-9374联系美国银行(Bank of America)。

**问:**如果我没有上班，我的工作分担福利是否受影响？

**答:**如果您没有上班而且您的缺勤没有得到批准，或者您不能接受您的工作分担雇主分配给您的所有工作，您的福利可能会受影响。

**问:**我是否可以不为我的工作分担雇主的其他雇主做半工？

**答:**可以，但是任何来自不是您的工作分担雇主的其他雇主的工资收入，将如数从您的工资分担福利中扣除。请仔细填写您的证明表格，并写明任何来自不是您的工作分担雇主的其他雇主的工资收入。如果没有包括来自不是您的工作分担雇主的其他雇主的工资收入，向您超付的数额可能被收回并处以罚金。EDD有欺诈查处系统。如果您没有申报工作星期的所有工资收入，并且您领取了福利，您将受到调查。如果EDD认定您不申报工资收入构成欺诈，将要求您退还超付的福利，并且您可能面临行政和/或刑事处罚及利息。

**问:**如果我被拒绝工作分担福利，能怎么办？

**答:**您可以就EDD的任何书面决定提出上诉。您必须书面提出上诉，并写明您不同意决定的理由。您可以通过向您的**决定通知书**上的地址邮寄填好的 *Appeal Form, DE 1000M* (上诉表) 或者信件，提出上诉。上诉信必须写明您的姓名、社会安全号和您不同意决定的理由。

从决定之日起，您有30天提出适时上诉。即使您错过30天的最后期限，您仍可上诉。您必须写明您的上诉为何延误。上诉时，将要求您表明延误上诉的合理原因。如果没有表明推迟30天以上的合理原因，行政法官可能驳回您的上诉。

上诉办公室将把您的听证日期、时间和地点通知您。一名行政法官执行您的听证。听证之前，您有权检查影响上诉的所有记录。每个人都宣誓作证。所有证言都被记录，接受审问。行政法官将邮寄裁决。**如果您住在其他州，上诉听证将通过电话进行。您不必到加州参加上诉听证。**

如果您不同意行政法官的决定，您可以向加州失业保险上诉委员会上诉。

**备注:**如果您打算就丧失资格提起上诉，您必须在上诉未决期间继续证明福利资格。您必须邮寄纸质的 *Work Sharing Certification, DE 4581WS* (工作分担证书)。如果行政法官认定您有资格，将仅向您支付您做出证明并符合所有其他资格要求的星期的福利。

**填表说明 – INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS  
(初次申请及支付证书)**

---

*Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申请及支付证书) 有英文和西班牙文文本。您必须在您的工作分担雇主给您签发证书之日后14日内, 填好证书并寄给特别理赔办公室。如果工作分担雇主选择为您寄证到EDD, 雇主也必须及时寄出。

填写 *Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申请及支付证书) 的B和C部分时, 请遵循以下的说明。(您开始填写B和C部分之前, 您的雇主必须填写您的姓、名、社会安全号码和A部分)。如果您对填写B和C部分有任何疑问, 请立即联系特别理赔办公室。

**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS (初次申请及支付证书) – B 部分 (申请者证书)**

---

**问题 1.** – 您是否为除您的工作分担雇主之外的任何人工作? (这包括自雇。)

勾划“是”或“否”一格, 以表示您是否为工作分担雇主以外的任何人工作, 包括自雇。

**例子:** 您从早上7:00到中午12:00为您的工作分担雇主工作, 并从下午2:00到5:00为另一位雇主工作。这一例子的正确填法是“是”

**例子:** 您在工作分担雇主所提供的工作时间内工作。您也在业余时间做上门推销员。这一例子的正确填法是“是”。

**问题 1.a.** – 如果是, 填写雇主的名称、地址以及本周最后一个工作日的日期。

如果在问题1中勾划“是”, 填写您的\*第二雇主的名称、地址和本周最后一个工作日的日期。如果您除了为您的工作分担雇主工作之外自营业务, 在第二雇主名称一行填写“自雇”。

\*当您参加一个雇主的工作分担计划并同时为另一个雇主工作, 提供另一份工作的雇主视为第二雇主。

**问题 1.b.** – 填写您来自于自雇或其他就业的在各项扣除之前的工资额, 不论是否已支付给您。

填写您的各项扣除之前的来自第二雇主、自雇开业或陪审任务的总工作收入, 不论是否已支付给您。根据表格上的起始和结束日星期, 而不是根据第二雇主的支付期, 申报总工作收入。

**问题 1.c.** – 您是否继续为该雇主工作?

勾划“是”或“否”一格, 以表明您是否继续为该第二雇主工作, 或者您仍然开业自雇或有陪审任务。如果否, 写明工作结束的原因。



**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS**  
**(初次申请及支付证书) – B 部分 (申请者证书)**

---

**问题 2.** – 如果您想预扣A部分表明的星期的联邦所得税，勾划此格。

如果您勾划此格，预扣数额将为该星期支付的工作分担福利金的15%，但是将在减去所有规定的扣除金额或超付抵消之后再扣减。例如：

工作分担支付额:	\$40.00
支付额的百分之十五:	\$6.00
您得到的付款:	\$34.00

如果您没有勾划该格，将不对福利作任何联邦所得税预扣。不论您怎样决定，您的选择的有效期限持续到您寄来下一张证明表格为止。

**请仔细阅读证书资料。在证书上签名并写上日期。（签名必须是原件，复印的签名不予接受。）**

**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS**  
**(初次申请及支付证书) – C 部分 (申请者信息)**

---

**填写姓、名、中间名首字母、出生日期和性别。**

**问题 1.** – 这张表上使用的姓名是否和您的社会安全卡的姓名相同？回答是或否。

如果否，填写您的社会安全卡的姓名（姓、名、中间名首字母）。

**问题 1.a.** – 列出您用过的其他姓名和/或社会安全号码。

**问题 2.** – 请填写您的邮寄地址、单元/公寓、市、邮区代码及电话号码。

**问题 2.a.** – 您的住址是否和您的邮寄地址相同？回答是或否。

如果否，填写您的住址。（填写您所在的市、州、邮区代码和公寓号。）

**备注:** 邮箱不是住址。

**问题 3.** – 过去两年中，您是否曾向加州政府递交过失业保险或残障保险申请？回答是或否。

如果是，列出申请的类型及递交申请的日期。

**问题 4.** – 过去18个月中，您是否曾为联邦政府机构工作或在军队服役？回答是或否。

**问题 5.** – 过去18个月中，您是否曾在加州之外的其他州工作？回答是或否。如果是，请填写州名。

**问题 6.** – 过去12个月中，您是否曾在其他州申请过失业保险福利？回答是或否。

**问题 7.** – 您是否持有驾照或身份证？回答是或否。

如果是，请填写发证州名及您的驾照或身份证号码。

**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS**  
**(初次申请及支付证书) – C 部分 (申请者信息)**

---

**问题 8.** – 您是否美国公民或国民？回答是或否。

**如果否，回答以下问题：**

- a. 您是否在美国公民与移民局（USCIS，前INS）登记并获授权在美国工作？回答是或否。
- b. 您的USCIS证件名称是什么？在适当的格打勾。
- c. 请填写您的文件上的外国人登记或授权号码。
- d. 请填写您的工作授权期满日。
- e. 过去19个月中，您是否依法有权在美国工作？回答是或否。

**问题 9.** – 您是否正在领取或将在下年领取社会安全或铁路退休以外，基于您自己的工作或工资的退休金？回答是或否。

- a. 如果是，请填写由谁付给您退休金的信息。
- b. 您如何领取退休金？回答每月、每年或一次付清总额。
- c. 您是否为您的退休金缴过费？回答是、否或不确定。
- d. 您在过去18个月为其工作过的雇主是否为您的退休金缴费？回答是、否或不确定。如果是，请填写为退休金缴费的公司名称。

**问题10.** – 按照最近到最早的顺序，列出过去18个月您为其工作过的雇主。

在单独一页纸上列出其他雇主。确保写上这个问题要求的相同信息。

**(备注：**支付方式；请写明按小时、按天、按周、按月、佣金或计件。)

**问题 11.** – 请填写您为其工作时间最长的雇主信息。

- a. 请填写这个雇主经营的业务类型。  
(请填写具体，例如餐馆、干洗、建筑、书店等)
- b. 请填写您为这个雇主所做工作的类型。(请填写具体，例如出纳、劳工、管道工等)
- c. 请填写您为这个雇主工作的年数和/或月数。

**问题 12.** – 现在或过去18个月，您是否担任过公司官员或者公司的唯一或大股东？回答是或否。

**问题 13.** – 您是否在领取或者预计将领取劳工赔偿？回答是或否。

如果是，请填写保险公司及可能的个案号码。

**问题 14.** – 选择您首选的书面材料语言。选择英语或西班牙语。

**问题 15.** – 选择您首选的口头语言。选择英语、西班牙语或其他。如果您选择其他，请填写您首选的语言。

### 选答问题

**问题 16.** – 选择您认同的人种或种族群体。勾划适当的方格，或者选择不回答。

**问题 17.** – 您是否有残障？勾划是、否或者选择不回答。

(残障是严重限制一种或一种以上日常活动的身体或精神障碍，比如照顾自己、完成手动任务、步行、看、听、说、呼吸、学习或工作。)

**仔细阅读证书的信息。在证书上签名并写明日期。(签名必须是原件；复印的签名不予接受。)**

您的雇主给您签发之日起14个工作日(雇主的工作日)内，把填好的 *Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申请及支付证书) 寄到特别理赔办公室。特别理赔办公室的邮寄地址请见第1页。

### **重要:**

- 寄出前检查您的证明表格。您是否回答了所有的问题？您是否已在表格上签名？
- 用完邮包中提供给您的两个信封之后，由您负责提供自己的信封。此外，确保信封写明特别理赔办公室的正确地址。
- 在信封上贴上邮资正确的邮票并注明您的回信地址。
- 预计从您寄出证书到您收到付款需要10天。
- 如果您有任何疑问，请联系特别理赔办公室。

# INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS

## (初次申请及支付证书) - 第一页



### INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION

#### WORK SHARING (WS) EMPLOYER

- Please complete Section A - Employer's Information and Certification for the employee participating in the Work Sharing Plan. An original signature is required.
- Instructions for completion of this form are contained in the *Guide for Work Sharing Employers, DE 8684*.
- This form must be issued to the employee for the FIRST work sharing week within **14** calendar days after the **Week Ending** date shown below.

#### WORK SHARING (WS) CLAIMANT

- Please complete Section B - Claimant Certification and Section C - Claimant Information of this form. If you have questions regarding the completion of this form, call the Special Claims Office at 916-464-3300.
- Print your responses to Section C. Review your form before mailing it to avoid delays.
- This form must be mailed to the Special Claims Office, P.O. Box 419076, Rancho Cordova, CA 95741-9076 within **14** calendar days from the date your employer issued it.

#### SECTION A - EMPLOYER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

LAST NAME:	FIRST NAME:	SOCIAL SECURITY NUMBER:			
<b>EMPLOYER'S CERTIFICATION FOR THE WEEK ENDING:</b> ___ / ___ / ___					
<b>Note:</b> If your payroll period is other than weekly, you must report the percentage of reduced hours and wages on a CALENDAR WEEK beginning Sunday and ending Saturday.					
Normal Weekly Wages	<input type="text"/>	TOTAL Wages Paid	<input type="text"/>	% of Wages Reduced for WS	<input type="text"/>
Normal Hours of Work Per Week	<input type="text"/>	TOTAL Hours Worked	<input type="text"/>	% of Hours Reduced for WS	<input type="text"/>
1. Was the employee absent from work for reasons other than Work Sharing, including a holiday, jury duty, illness, personal leave, or vacation during this week? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
a. If yes, was the absence approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
b. Enter the date(s) and reason: ___ / ___ / ___    ___ / ___ / ___    ___ / ___ / ___    ___ / ___ / ___					
_____					
2. Did the employee refuse any work you made available during hours scheduled off due to your Work Sharing Plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
3. Enter the date(s) and hour(s) used for Work Sharing reductions during this week:					
Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours
___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>
___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>
I certify that the above information concerning the status of this company and the status/earnings of this employee for the purpose of participating in the Work Sharing program is true and correct. At least two employees, and not less than 10 percent, of the regular permanent work force, involved in the affected work unit(s), participated in the Work Sharing program, or in at least one week of a two consecutive week period. This company will maintain employees' health and retirement benefits under the same terms and conditions as prior to the reduction in hours and wages or to the same extent as other employees not participating in the Work Sharing plan pursuant to the California Unemployment Insurance Code Section, 1279.5(c)(4)(A).					
BUSINESS NAME AND ADDRESS:		TITLE:	DATE ISSUED TO EMPLOYEE:		
		PRINTED NAME OF SIGNEE:	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER:		
		EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:	EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:		

**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS**  
**(初次申请及支付证书) - 第二页**

**SECTION B - CLAIMANT'S CERTIFICATION:** Please answer the questions below regarding the Week Ending that was provided by your employer in Section A to determine payment for the week.

1. Did you work for anyone other than your Work Sharing employer? (This includes self-employment.)  
 Yes     No

a. If yes, enter the employer's name, address, and last date worked during this week:  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
 Last Date Worked: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

b. Enter your earnings, before deductions, from self-employment or other employment, whether you were paid or not: \$ \_\_\_\_\_

c. Are you continuing to work for this employer?     Yes     No  
 If no, state the reason: \_\_\_\_\_

2. If you want federal income tax withheld for the week shown in Section A mark this box:   

The information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand the law provides for a fine and/or imprisonment for making false statements or withholding facts to fraudulently receive Unemployment Insurance benefits.

**Claimant Signature:** \_\_\_\_\_    **Date Signed:** \_\_\_\_\_

**SECTION C - CLAIMANT INFORMATION:** Provide this information to file this claim.

LAST NAME:	FIRST NAME:	M.I.	BIRTH DATE: ____ / ____ / ____	GENDER: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
------------	-------------	------	-----------------------------------	--

1. Is the name used on this form the same as the one that appears on your Social Security card?  
 Yes     No

If no, enter the name that appears on your Social Security card.  
 Last: \_\_\_\_\_ First: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_

a. List other names and/or Social Security numbers you have used: \_\_\_\_\_

2. MAILING ADDRESS: \_\_\_\_\_ UNIT/APT: \_\_\_\_\_  
 CITY: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_ TELEPHONE NO.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

a. Is your residence address the same as your mailing address?     Yes     No  
 If No, enter your residence address. (Include your city, state, ZIP Code, and apartment number.)  
**NOTE:** A Post Office Box is not a residence address.

STREET ADDRESS: \_\_\_\_\_ UNIT/APT: \_\_\_\_\_  
 CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

3. Have you ever filed a claim in the past two years for Unemployment Insurance or Disability Insurance in the State of California?  
 Yes     No

If Yes, please list the type of claim and date(s) when the claim(s) were filed.  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4. In the last 18 months, did you work for an agency of the federal government or serve in the military?  
 Yes     No

**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS**  
 (初次申请及支付证书) - 第三页)

**SECTION C - CLAIMANT INFORMATION (Continued)**

5. Did you work in a state other than California during the last 18 months?  Yes  No  
 If yes, in which state(s)? \_\_\_\_\_
6. Have you applied for Unemployment Insurance benefits in another state during the last 12 months?  Yes  No
7. Do you have a driver license or ID card?  Yes  No  
 If yes, provide the name of the issuing state and your driver license or ID card number.  
 Name of issuing state: \_\_\_\_\_ Driver License/ID Number: \_\_\_\_\_
8. Are you a U. S. citizen or national?  Yes  No

**If no, answer the following questions:**

- a. Are you registered with the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS, formerly INS) and authorized to work in the United States?  Yes  No
- b. What is the title of your USCIS document? Check one of the following:  
 Alien Registration Receipt Card (I-151)  Temporary Resident Card (I-688)  
 Permanent Resident Card (I-551)  Arrival/Departure Record (I-94)  
 Employment Authorization Card (I-688A)  Re-entry Permit (I-327)  
 Employment Authorization Document (I-688B)  Refugee Travel Document (I-571)  
 Stamp on VISA  Unexpired Foreign Passport  
 Employment Authorization Card (I-766)  Other Document \_\_\_\_\_

**NOTE:** (VISA Stamp states: "Processed for I-551 Temporary Evidence of Lawful Admission of Permanent Residence valid until MM/DD/YYYY, Employment Authorized.")

- c. What is your Alien Registration **OR** authorization number on your document? \_\_\_\_\_
- d. What is the expiration date of your work authorization? \_\_\_\_\_
- e. Were you legally entitled to work in the United States for the last 19 months?  Yes  No
9. Are you receiving, or will you receive within the next year, a pension other than Social Security or Railroad Retirement, which is based on your own work or wages?  Yes  No  
 If yes:  
 a. Who pays the pension check to you? \_\_\_\_\_  
 b. How are you receiving your pension payments?  Monthly  Annually  Lump Sum  
 c. Did you pay into your pension or retirement?  Yes  No  
 d. Did any of the employers you worked for in the last 18 months pay into the pension fund?  Yes  No  Unsure  
 If yes, what is the name of the company paying into the pension? \_\_\_\_\_

10. List the employers you've worked for in the last 18 months, starting with your most recent to your earliest:  
 List any additional employers on a separate sheet of paper. Be sure to include all the same information requested in this question.  
 (Note: How Paid; please specify, hourly, daily, weekly, monthly, commission, or at a piece rate.)

EMPLOYER NAME	DATES WORKED	EARNINGS	HOW PAID
_____	From: ___ / ___ / ___ To: ___ / ___ / ___	\$ _____	_____
_____	From: ___ / ___ / ___ To: ___ / ___ / ___	\$ _____	_____
_____	From: ___ / ___ / ___ To: ___ / ___ / ___	\$ _____	_____
_____	From: ___ / ___ / ___ To: ___ / ___ / ___	\$ _____	_____
_____	From: ___ / ___ / ___ To: ___ / ___ / ___	\$ _____	_____

**INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS**  
 (初次申请及支付证书) - 第四页

**SECTION C - Claimant Information (Continued)**

11. Which employer did you work for the longest? \_\_\_\_\_

a. What type of business was operated by this employer?  
 (Please be specific. For example, restaurant, dry-cleaning, construction, bookstore, etc.) \_\_\_\_\_

b. What type of work did you do for this employer?  
 (Please be specific: cashier, laborer, plumber, etc.) \_\_\_\_\_

c. How long did you work for this employer?      Years: \_\_\_\_\_ Months: \_\_\_\_\_

12. Are you now, or have you been in the last 18 months an officer of a corporation or the sole or major stockholder of a corporation?       Yes       No

13. Are you receiving or expect to receive Workers' Compensation?       Yes       No  
 If yes, provide the insurance carrier and if possible the case number.  
 Name of Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

14. Would you prefer your written material in English or Spanish?       English       Spanish

15. What is your preferred spoken language?       English       Spanish       Other: \_\_\_\_\_

**The following two questions are optional.**

16. What race or ethnic group do you identify with? Check one of the following:

<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native
<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Cambodian	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Guamanian	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Laotian	<input type="checkbox"/> Samoan
<input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> Hawaiian	<input type="checkbox"/> Other (Specify) _____		<input type="checkbox"/> I choose not to answer

17. Do you have a disability?       Yes       No       I choose not to answer

(A disability is a physical or mental impairment that substantially limits one or more life activities, such as caring for oneself, performing manual tasks, walking, seeing, hearing, speaking, breathing, learning, or working.)

I do hereby claim benefits. I am a Work Sharing claimant and working reduced hours. I have answered these questions knowing that the law provides penalties for making false statements.

Pertaining to Question 8, citizenship status, I declare under PENALTY OF PERJURY, under the laws of the State of California, that my answer is true and correct. I understand that the information I provide on this form may be released to other government agencies to the extent allowed by law.

Claimant Original Signature	Social Security number	Date Signed
_____	_____	____ / ____ / ____

**EDD USE ONLY**

BYB	TRANS	1254	UCX	UCFE	CIT	DOT	SIC	OC	ETH	HS	PER 99	CORR
-----	-------	------	-----	------	-----	-----	-----	----	-----	----	--------	------

Interviewer's Initials: \_\_\_\_\_

## **填表说明 – WORK SHARING CERTIFICATION, DE 4581WS (工作分担证书)**

*Work Sharing Certification*, DE 4581WS (工作分担证书) 由您的雇主签发给您。您的雇主必须填写第1页。如果第1页没有填好, 请把证书退还给您的雇主。

*Work Sharing Certification* (工作分担证书) 有英文和西班牙文文本。您必须在您的工作分担雇主签发给您的日期之后14个日历日内, 填好证书并寄到特别理赔办公室。如果您的工作分担雇主选择替您把证书寄到特别理赔办公室, 您的雇主也必须及时寄出。

*Work Sharing Certification* (工作分担证书) 不是由EDD用电脑生成的, 而是由您的工作分担雇主签发的。您的雇主选择哪些星期是工作分担周以及哪些雇员参加工作分担计划。

工作分担福利金由特别理赔办公室根据两种不同的证明表格签发:  
*Initial Claim and Payment Certification*, DE 4511WS (初次申请及支付证书)和  
*Work Sharing Certification*, DE 4581WS (工作分担证书)。DE 4581WS用来核准福利金的支付或者证明递交失业保险申请后的等待期。

填写 *Work Sharing Certification* (工作分担证书) 第2页时, 请遵照以下的说明。“第一个星期”指第1页第一栏填写的结束日期的星期, “第二个星期”指第1页第二栏填写的结束日期的星期。如果您对填写第2页有任何疑问, 请立即联系特别理赔办公室。

## **填表说明 – WORK SHARING CERTIFICATION, DE 4581WS (工作分担证书)**

**问题 1.** – 在本星期您的地址或电话号码是否有改变? 回答是或否。

如果您在被证明的星期内搬迁或改变电话号码, 勾划“是”一格。如果您在被证明的星期内没有搬迁或改变电话号码, 勾划“否”一格。

**问题 1.a.** – 如果是, 请填写您的新地址和/或电话号码。

**问题 2.** – 您是否为除了您的工作分担雇主之外的任何人工作? (这包括自雇或第二雇主)。回答是或否。

**问题 2.a.** – 如果是, 请填写自雇或者其他雇主的名称、地址及本周最后一个工作日的日期。

**问题 2.b.** – 填写您来自非工作分担雇主在各项扣除之前的工资额, 不论是否已支付给您。也填写来自自雇或陪审任务的工作收入。根据表格上的起始和结束日星期申报总工作收入, 而不是根据第二雇主的支付期。

**问题 2.c.** – 您是否继续为该其他雇主工作? 回答是或否。

**问题 2.d.** – 如果否, 填写结束工作的理由。



**问题 3.** - 如果您想预扣第1页显示星期的联邦所得税，勾划该格。

如果您勾划本格，预扣数额将为该星期支付的工作分担福利金的15%，但是将在减去所有规定的扣除金额或超付抵消之后再预扣。例如：

工作分担支付额:	\$40.00
支付额的百分之十五:	\$6.00
您得到的付款:	\$34.00

如果您没有勾划该格，将不对福利作任何联邦所得税预扣。不论您怎样决定，您的选择的有效期限持续到您寄来下一张证明表格为止。

**请仔细阅读证书信息。在证书上签名并写上日期。（签名必须是原件，复印的签名不予接受。）**

您的雇主给您签发之日起14个工作日（雇主的工作日）内，把填好的 *Work Sharing Certification, DE 4581WS*（工作分担证书）寄到特别理赔办公室。特别理赔办公室的邮寄地址请见第1页。

**重要:**

- 寄出前检查您的证明表格。您是否回答了所有的问题？您是否已在表格上签名？
- 用完邮包中提供给您的两个信封之后，由您负责提供自己的信封。此外，确保信封写明特别理赔办公室的正确地址。
- 在信封上贴上邮资正确的邮票并注明您的回信地址。
- 预计从您寄出证书到您收到付款需要10天。
- 如果您有任何疑问，请联系特别理赔办公室。



INTERVIEWER'S  
INITIALS  
(EDD) USE ONLY

**EMPLOYER'S WORK SHARING CERTIFICATION  
(To Be Completed By Employer Only)**

LAST NAME	FIRST NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER
<b>THIS FORM MAY BE USED FOR ONE WEEK OR TWO CONSECUTIVE WEEKS</b>		
	<b>WEEK ONE</b> Week Ending: ___/___/___	<b>WEEK TWO</b> Week Ending: ___/___/___
1. Enter normal weekly wages.	\$	\$
2. Enter actual wages paid (include overtime).	\$	\$
3. Enter percentage (%) of wage reduction due to Work Sharing.	%	%
4. Enter normal weekly hours of work.		
5. Enter actual hours worked (include overtime).		
6. Enter percentage (%) of hour reduction due to Work Sharing.	%	%
7. Did the employee refuse any work made available during hours scheduled off due to your Work Sharing plan?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Enter date(s) and hours used for Work Sharing reductions during this week (example below):  Date(s)      Hours 02/05/05      2	Date(s)      Hours ____/____/____      _____ ____/____/____      _____ ____/____/____      _____ ____/____/____      _____ ____/____/____      _____	Date(s)      Hours ____/____/____      _____ ____/____/____      _____ ____/____/____      _____ ____/____/____      _____ ____/____/____      _____
9. Was employee absent from work for reasons other than Work Sharing, including a holiday, jury duty, illness, personal leave, or vacation during this week?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9.a. If yes, was the absence approved?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9.b. Enter the date(s) and reason for the absence. ____/____/____      ____/____/____      ____/____/____ Reason: _____		
I certify that the above information concerning the status of this company and the status/earnings of this employee for the purpose of participating in the Work Sharing program is true and correct. At least two employees participated and not less than 10 percent of the regular permanent work force, involved in the affected work unit(s), participated in the Work Sharing program for at least one week of a two consecutive week period. This company will maintain employees' health and retirement benefits under the same terms and conditions as prior to the reduction in hours and wages or to the same extent as other employees not participating in the Work Sharing Plan pursuant to the California Unemployment Insurance Code Section 1279.5 (c)(4)(A).		
Name and Address of Co.	Printed Name of Signee _____ Title _____	Date Issued to Employee ____/____/____ Employer Phone Number _____
Original Signature		Employer Account Number _____

**NOTE:** This form must be issued to the employee **WITHIN 14 DAYS** after the last week ending date shown above.

**CLAIMANT'S WORK SHARING CERTIFICATION**

Special Claims Office, ARU 850 - P.O. Box 419076 - Rancho Cordova, CA 95741-9076

**CLAIMANT'S WORK SHARING CERTIFICATION  
(To Be Completed By Employee Only)**

	<b>WEEK ONE</b>	<b>WEEK TWO</b>
	Answer the following questions for the week ending date entered under "Week One" on the reverse side of this form.	Answer the following questions for the week ending date entered under "Week Two" on the reverse side of this form.
1. Did you have a change of address or telephone number during this week?  1.a. <b>If yes</b> , enter your new address and/or telephone number.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Address: _____  Telephone: ( ) _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Address: _____  Telephone: ( ) _____
2. Did you work for anyone other than your Work Sharing employer? (This includes self-employment or a second employer.)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2.a. <b>If yes</b> , enter the self-employment or other employer's name, address, and last date worked during this week.	Name _____  Address _____  City, State, and ZIP _____  Last Date Worked: ____/____/____	Name _____  Address _____  City, State, and ZIP _____  Last Date Worked: ____/____/____
2.b. Enter your earnings, before deductions, from your non-Work Sharing employer, whether you were paid or not. Also enter earnings from self-employment or jury duty.	\$ _____	\$ _____
2.c. Are you continuing to work for the <b>other</b> employer?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2.d. <b>If no</b> , enter the reason the job ended.		
3. If you want federal income tax withheld for the week(s) shown on Page 1, mark this box. <input type="checkbox"/> If you mark the box and are certifying for two weeks, federal income tax will be withheld for both weeks.		

**The information provided is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that the law provides for a fine and/or imprisonment for making false statements or withholding facts to receive Unemployment Insurance.**

SIGNATURE	SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE SIGNED
-----------	------------------------	-------------

**NOTE:** The employee is responsible for mailing this form to the **Special Claims Office at the address below within 14 calendar days** of receipt from the employer.

**CLAIMANT'S WORK SHARING CERTIFICATION**

Special Claims Office, ARU 850 - P.O. Box 419076 - Rancho Cordova, CA 95741-9076

## 资格条件

---

除非您符合所有领取工作分担福利的资格，否则不能支付给您工作分担福利。如果对您的资格有疑问，特别理赔办公室会与您或您的工作分担雇主联系，要求澄清或了解额外的信息。

工作分担计划要求雇主和参加的雇员都符合资格标准。下面所列是工作分担雇主为了让他们的参加雇员符合工作分担福利资格所必须达到的资格标准。

1. 雇主必须是在加州合法注册的企业，并有有效的加州雇主账号。
2. 至少10%的雇主长期员工或员工工作单位，至少两名雇员，受到工作时间和工资减少的影响。
3. 雇员减少的工作时间和工资，至少必须达到10%，但**不得超过60%**。
4. 必须按照工作时间和工资减少之前的相同条款和条件，或者按照没有参加工作分担的其他雇员的相同限度，继续执行**雇员医疗福利**。除非减少同等适用于没有参加工作分担的雇员，减少参加工作分担的雇员医疗福利的雇主将没有资格参加工作分担计划。
5. 必须按照工作时间和工资减少之前的相同条款和条件，或者按照没有参加工作分担的其他雇员的相同限度，继续执行**雇员退休福利**。除非减少同等适用于没有参加工作分担的雇员，减少参加工作分担的雇员退休福利的雇主将没有资格参加工作分担计划。
6. 谈判单位的雇员的集体谈判代理人，必须同意自愿参加工作分担计划，并且必须在工作分担申请表上签名。
7. 雇主必须确定工作分担计划所涵盖的受影响工作单位，并且**确定每名参加的雇员的全名及社会安全号码**。
8. 雇主必须提前把参加工作分担的意图通知雇员。
9. 雇员必须确定将通过参加工作分担计划**避免裁员多少人**。
10. 雇主必须向EDD提供适当执行工作分担计划相关的任何必要申报或文件。

如果您的工作分担雇主不符合上面所列的标准:

- 雇主的工作分担计划可能被终止，并且/或者
- 您可能不符合享受工作分担福利的资格。

下面所列是雇员为了享受工作分担福利所必须达到的资格标准:

1. 随时可以接受工作分担雇主提供的工作。
2. 在签发日之后14个日历日内, 将工作分担雇主签发给您的任何证明表格提交特别理赔办公室。
3. 是工作分担雇主的正式雇员。
4. 为工作分担雇主做完正常(不减少工作时间或工资)的工作星期之后, 才参加工作分担计划。
5. 基本期季度的工资符合普通加州失业保险领取资格。欲了解有关基本期的更多信息, 请参考[www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov)上的 DE 1275A。
6. 您每星期的工作时间和工资必须最少削减10%, 但不得超过60%。
7. 如果您从您的工作分担雇主那里辞职或被解雇, 您将不再有资格享受工作分担福利。就业开发署将根据您的离职原因, 决定您是否有资格享受普通失业保险福利。

**备注:** 您的工资率没有减少。您每星期的工资减少10%, 是因为您工作的小时数减少了10%。例如:

您的工作分担雇主把您在正常工作星期的工作时间从40小时减少到32小时。您的时薪是每小时10美元。您每星期的正常工资将因工作分担而从400美元减少到320美元。这样, 您每星期的工作时间和每周所得工资均减少20%。

因为您的工作时间减少了20%, 您所得工资也减少了20%。您的时薪仍保持每小时10美元。

如果不符合上面所列的标准, 就不能领取工作分担福利。如果您不符合领取福利的资格, 您将收到一份通知书, 解释您为什么没有资格享受工作分担福利。通知书还将告诉您有关上诉的权利。

您也必须申报所有来自您的工作分担雇主之外的雇主的所有工作和总收入。必须申报所有工作和/或工作收入，包括领取下面所列的付款类型。EDD将审计所有的失业保险福利，以查处欺诈行为。如果您因为没有给EDD提供正确信息而领取福利，您可能被起诉并被拒付目前和未来的福利。

- 欠薪补发
- 陪审费
- 遣散费
- 奖金
- 带薪病假
- 罢工福利
- 佣金
- 退休金
- 小费
- 假日工资
- 计件工作
- 假期工资
- 停工工资
- 余款/定金
- 见证费
- 代通知薪金
- 自雇
- 工人赔偿

您必须申报您领取的代替工作报酬的住宿和餐饮或其他任何报酬。如果您不确定如何申报工资，请联系EDD。



加利福尼亚州

劳动与劳动力开发局

就业开发署

EDD是提供平等就业机会的雇主/项目。经请求，可向残障者提供辅助支援和服务。请求服务、支援和/或替代形式，需拨打1-800-303-0706（声讯）或TTY 1-800-815-9387提出。