

UNA GUÍA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO



El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) de California publica esta guía. Esta contiene información general sobre sus derechos, responsabilidades y beneficios conforme a las leyes del Seguro de Desempleo de California. La información no pretende abarcar todas las provisiones de la ley. Para obtener información específica con respecto a su solicitud de beneficios, comuníquese a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales al 1-916-464-3300.

ÍNDICE

Introducción	1
Dirección – Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales	1
Seguro de Desempleo del Programa de Trabajo Compartido	2
<i>Notificación de Beneficios del Seguro de Desempleo, DE 429Z/S</i>	3
Preguntas y Respuestas (P&R) sobre el Programa de Trabajo Compartido ...	3
Instrucciones para Completar - <i>La Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago, DE 4511WS/S</i>	6
Facsímil – <i>La Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago, DE 4511WS/S</i>	10
Instrucciones para Completar - <i>La Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido, DE 4581WS/S</i>	14
Facsímil - <i>La Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido, DE 4581WS/S</i>	16
Elegibilidad	18

Lea esta información en su totalidad y atentamente.

El no seguir las instrucciones dadas en esta guía o no presentar los formularios de solicitudes de beneficios como se indica podría ocasionar la demora o pérdida de sus beneficios del Seguro de Desempleo del Programa de Trabajo Compartido.

No dependa de los consejos de amigos o parientes. Si no entiende algo o tiene algún problema con su solicitud de beneficios, comuníquese a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

Conserve esta guía para referencia en el futuro.

Usted puede visitar el sitio de Internet del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) en **www.edd.ca.gov** para obtener más información, incluyendo preguntas frecuentes.

Este folleto, *Una Guía de los Beneficios del Seguro de Desempleo para los Participantes del Programa de Trabajo Compartido*, DE 1275WS/S, le brindará a usted con información sobre el Programa del Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) de Trabajo Compartido de California. Se encuentra disponible por Internet en www.edd.ca.gov y le brindará la siguiente información:

- Información general sobre el Programa de Trabajo Compartido.
- Preguntas y respuestas sobre el Programa de Trabajo Compartido.
- Requisitos de elegibilidad.
- Instrucciones para completar los formularios del Programa de Trabajo Compartido.
- Ejemplos de formularios del Programa de Trabajo Compartido.

La guía DE 1275WS/S contiene información específica para el Programa de Trabajo Compartido. Para obtener información sobre el Seguro de Desempleo regular, puede encontrar el folleto titulado *Una Guía de los Beneficios y de los Servicios de Empleo*, DE 1275A/S, en www.edd.ca.gov. La guía DE 1275A/S le brindará información sobre los siguientes temas:

- Información básica sobre la solicitud de beneficios
- Cómo cancelar su solicitud de beneficios
- Semana de espera
- Cómo el Departamento del Desarrollo del Empleo calcula sus beneficios
- Periodo reglamentario
- Periodo adicional de salarios/sueldos
- Apelaciones
- Verificación del Derecho a Trabajar

Los temas contenidos en la Guía 1275A/S que se indican anteriormente son pertinentes a los participantes del Programa de Trabajo Compartido. Por ejemplo:

- Una semana de espera se exige por cada solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo presentada, incluyendo solicitudes para beneficios del Programa de Trabajo Compartido.
- Una solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo se cancela usando los mismos procedimientos, no importa si usted es o no participante del Programa de Trabajo Compartido.

Después de que se haya presentado su solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo, se enviará una *Notificación de Beneficios del Seguro de Desempleo*, DE 429Z/S, junto con la guía de *Beneficios del Seguro de Desempleo: Lo que Usted Necesita Saber*, DE 1275B/S. Estas notificaciones son específicas para las solicitudes de beneficios regulares del Seguro de Desempleo. Usted querrá retener esta información para sus archivos.

Lea toda la información atentamente y guárdela para referencia en el futuro. Si la información proporcionada no contesta su pregunta o si usted necesita ayuda, comuníquese al Departamento al número indicado a continuación.

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

SEGURO DE DESEMPLEO DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO

El Programa de Trabajo Compartido ayuda a los empleadores y empleados a evitar despidos durante épocas temporales en las que se disminuyen las actividades de negocios. Para hacer esto, su empleador reducirá sus horarios semanales trabajados y salarios/sueldos ganados, por lo menos un 10 por ciento, que no exceda el 60 por ciento, sin reducir su tarifa de pago. Los beneficios del Programa de Trabajo Compartido se pagan según el porcentaje de reducción en horarios y salarios/sueldos. Por ejemplo:

Su empleador del Programa de Trabajo Compartido ha reducido su semana normal de trabajo de 40 a 32 horas. A usted se le paga una tarifa de \$10 la hora. Sus salarios/sueldos normales semanales se han reducido de \$400 a \$320 debido al Trabajo Compartido. Esta es una reducción del 20 por ciento en su horario trabajado y salarios/sueldos semanales ganados.

Puesto que su horario trabajado se reduce un 20 por ciento, sus salarios/sueldos ganados también se reducen un 20 por ciento. Su tarifa de \$10 la hora sigue siendo la misma.

Su empleador determina cuáles empleados participarán en el Programa de Trabajo Compartido y cuál(es) semana(s) tendrá(n) reducciones de horarios y salarios/ sueldos.

Cuando se aprobó el plan del Programa de Trabajo Compartido de su empleador, el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés) le envió por correo postal a su empleador un “paquete” para cada empleado participante. Cuando su empleador reduce el horario normal de trabajo por una semana, su empleador le entregará un paquete a cada empleado que haya sido seleccionado para participar en el Programa de Trabajo Compartido. Cada paquete contiene todos los documentos necesarios para presentar una solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo. Además de la Guía DE 1275WS/S, el paquete contiene lo siguiente:

La Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago, DE 4511WS/S

Su empleador completará la Sección A y le entregará a usted la *Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago, DE 4511WS/S*, para que usted complete las Secciones B y C. No complete las Secciones B y C antes de que su empleador haya completado la Sección A.

Dos sobres con la dirección de la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales

Estos sobres se proporcionan como una cortesía para que usted envíe por correo postal sus dos siguientes *Solicitudes para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido, DE 4581WS/S*. Después de que use los sobres rotulados previamente, es su responsabilidad enviar por correo postal a tiempo sus *Solicitudes para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido* a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales usando la dirección correcta.

Usted puede encontrar la dirección correcta de la Oficina de Solicitudes Especiales de Beneficios:

- En la página 1 de la *Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago, DE 4511WS/S*
- En la página 2 de la *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido, DE 4581WS/S*, y
- Al final de la página 1 de este folleto.

NOTIFICACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO, DE 429Z/S

Después de que se presente su solicitud de beneficios, se le enviará por correo postal una *Notificación de Beneficios del Seguro de Desempleo*, DE 429Z/S. Revise la notificación atentamente. Para obtener más información sobre la notificación DE 429Z/S, visite la página de Formularios y Publicaciones en el sitio de Internet en www.edd.ca.gov.

La notificación incluye su cantidad de beneficios semanales y cantidad de beneficios máxima pagable de esta solicitud de beneficios. La cantidad de beneficios semanales es la *cantidad total semanal* que es pagable si usted queda *totalmente* desempleado. Los beneficios del Programa de Trabajo Compartido se pagarán basándose en el porcentaje de sus reducciones semanales de horarios y salarios/sueldos. Por ejemplo:

- Si su cantidad total de beneficios semanales es \$230 y las reducciones semanales de horarios y salarios/sueldos son del 10 por ciento.
- Usted recibirá el 10 por ciento (las reducciones de horarios y salarios/sueldos son del 10 por ciento) de \$230 o \$23 por la semana.

Si alguna de la información contenida en la notificación DE 429Z/S es incorrecta, comuníquese lo antes posible a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales, puesto que las cantidades de beneficios en su solicitud de beneficios podrían estar incorrectas.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS (P&R) ACERCA DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO

P: ¿Quién paga los beneficios del Programa de Trabajo Compartido?

R: El Seguro de Desempleo del Programa de Trabajo Compartido es un programa de seguro que paga(n) su(s) empleador(es). **No se deduce nada** de sus salarios/sueldos para pagar estos beneficios.

P: ¿Cómo puedo informarme sobre cuántos beneficios del Programa de Trabajo Compartido se me pagarán?

R: Después de que presente su solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo, se le enviará por correo postal una notificación DE 429Z/S. La notificación mostrará su cantidad de beneficios semanales. Se le pagará un porcentaje de esa cantidad, dependiendo de sus reducciones de horarios y salarios/sueldos cada semana.

Por ejemplo:

Si su cantidad de beneficios semanales es \$230 y sus reducciones de horarios y salarios/sueldos del Programa de Trabajo Compartido son del 10 por ciento, se le pagaría el 10 por ciento de \$230, o \$23. Si su cantidad de beneficios semanales es \$150 y sus reducciones de horarios y salarios/sueldos del Programa de Trabajo Compartido son del 30 por ciento, se le pagaría el 30 por ciento de \$150, o \$45.

P: ¿Puedo cancelar mi solicitud de beneficios?

R: Usted tiene la opción de cancelar una solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo del Programa de Trabajo Compartido de California después de que haya enviado por correo postal su DE 429Z/S. Sólo puede cancelar una solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo si no se le han pagado beneficios, no se le ha enviado por correo postal una notificación de descalificación y/o no se ha establecido ningún sobrepago de beneficios en la solicitud de beneficios. Si se cancela una solicitud de beneficios, esa no puede volver a abrirse, pero usted puede presentar una solicitud de beneficios nueva con una fecha posterior. Si no se cancela la solicitud de beneficios original, no puede presentarse otra solicitud de beneficios en California durante 52 semanas. Si tiene preguntas con respecto a la cancelación de una solicitud de beneficios o si quiere cancelar su solicitud de beneficios, comuníquese al Departamento del Desarrollo del Empleo.

IMPORTANTE: UNA VEZ QUE SE HAYA CANCELADO UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS, NO PUEDE VOLVER A ESTABLECERSE CON LA MISMA FECHA DE COMIENZO.

- P:** ¿Se pueden retener impuestos federales de mis beneficios del Programa de Trabajo Compartido?
- R:** Si usted desea que se le retengan impuestos federales por las semanas que se muestran en su solicitud de beneficios, marque la casilla correspondiente en esa solicitud de beneficios. Si no desea que se le retengan impuestos, deje la casilla en blanco. Esta opción es estrictamente voluntaria; a usted no se le exige que indique que se le retengan impuestos de sus beneficios.
- P:** ¿Se les exige a los participantes del Programa de Trabajo Compartido que cumplan una semana de espera?
- R:** Si, la ley de California exige que todas las personas dejen que pase una semana de espera, **SIN PAGO**. Sólo se exige un período de espera durante cada año de una solicitud de beneficios de 52 semanas. Por lo general, la semana de espera es la primera semana que es normalmente pagable en su año reglamentario (normalmente pagable significa que usted habría sido elegible para pago en todos los casos, excepto por el requisito del periodo de espera).
- P:** Si soy desempleado de mi empleo, ¿puedo aún usar mi solicitud de beneficios del Programa de Trabajo Compartido?
- R:** Si a usted se le desemplea por más de tres semanas consecutivas, la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales le enviará por correo postal instrucciones e información con respecto a sus beneficios. Su solicitud de beneficios es vigente durante un año y puede usarse mientras participa en el Programa de Trabajo Compartido o para beneficios totales o parciales del Seguro de Desempleo. Mientras se reciben beneficios totales o parciales del Seguro de Desempleo, se aplicarán a su solicitud de beneficios las reglas regulares del Seguro de Desempleo (NO las del Programa de Trabajo Compartido). Consulte las publicaciones DE 1275A/S y DE 1275B/S.
- P:** ¿Quién es responsable de enviar por correo postal las solicitudes para beneficios continuos del Programa de Trabajo Compartido a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales?
- R:** Usted es responsable de enviar por correo postal las solicitudes para beneficios continuos del Programa de Trabajo Compartido a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales. Sin embargo, algunos empleadores envían por correo postal las solicitudes para beneficios continuos completadas de sus empleados a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales. No importa quién envíe por correo postal las solicitudes para beneficios continuos, estas tienen que tener un matasellos postal de un plazo de 14 días de calendario a partir de la fecha en que su empleador las entregó.
- P:** ¿Cuándo me entrega mi empleador las solicitudes para beneficios continuos del Programa de Trabajo Compartido?
- R:** Su empleador le entregará las solicitudes para beneficios continuos del Programa de Trabajo Compartido después de que haya terminado la semana con reducciones de horarios y salarios/sueldos. Las solicitudes para beneficios continuos tienen que entregarse en un plazo de 14 días después de que haya terminado la semana del Programa de Trabajo Compartido.

- P:** ¿A quién debo llamar para informarme sobre si se ha emitido un pago?
- R:** Deje pasar 10 días antes de comunicarse al Departamento del Desarrollo del Empleo con respecto a su pago. Si han pasado 10 días y usted no ha recibido su pago, puede llamar a la línea de autoservicio automatizado del Departamento del Desarrollo del Empleo al 1-866-333-4606. Si la línea de autoservicio automatizado le indica que no se ha emitido su pago, comuníquese a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales al 916-464-3300.
- P:** ¿Qué debo hacer si mi tarjeta de débito se me pierde o es roba?
- R:** Comuníquese inmediatamente a Bank of America al 1-866-692-9374.
- P:** ¿Se verían afectados mis beneficios del Programa de Trabajo Compartido si faltó al trabajo?
- R:** Sus beneficios podrían verse afectados si falta al trabajo y su ausencia no se aprueba, o si no está disponible para todo el trabajo que le ofrece su empleador del Programa de Trabajo Compartido.
- P:** ¿Puedo trabajar tiempo parcial para un empleador que no sea mi empleador del Programa de Trabajo Compartido?
- R:** Sí, sin embargo cualquier ingreso de un empleador que no sea su empleador del Programa de Trabajo Compartido se deducirá dólar por dólar de sus beneficios del Programa de Trabajo Compartido. Complete cuidadosamente sus solicitudes para beneficios continuos e incluya sus ingresos en bruto de un empleador, que no sea su empleador del Programa de Trabajo Compartido. Si no se incluyen los ingresos de un empleador, que no sea su empleador del Programa de Trabajo Compartido, es posible que se le cobre un sobrepago de beneficios y se le impongan sanciones/multas. El Departamento del Desarrollo del Empleo tiene un sistema para la detección de fraude. Si usted no reporta todos los ingresos para una semana en que trabajó, y recibió beneficios, se le investigará. Si el Departamento del Desarrollo del Empleo determina que era culpable por no reportar sus ingresos, se le requerirá que restituya cualquier beneficio pagado en exceso y podría enfrentar **sanciones/multas** administrativas y/o **criminales** más intereses.
- P:** ¿Qué puedo hacer si se me niegan beneficios del Programa de Trabajo Compartido?
- R:** Usted puede apelar cualquier decisión escrita del Departamento del Desarrollo del Empleo. Tiene que presentar su apelación por escrito y tiene que indicar las razones por las cuales está en desacuerdo con la decisión. Puede presentar una apelación por correo postal, enviando el *Formulario de Apelación* del Departamento del Desarrollo del Empleo, DE 1000M, completado, o una carta a la dirección en su *Notificación de Decisión*. Una carta de apelación tiene que incluir su nombre, número de Seguro Social y las razones por las cuales usted está en desacuerdo con la decisión.
- Usted tiene 30 días de calendario a partir de la fecha de la decisión para presentar una apelación a tiempo. Puede apelar incluso si se le pasó la fecha de plazo de 30 días. Tiene que indicar la razón por la que su apelación se presentó tarde. En la apelación, se le requerirá mostrar una razón justificada por la demora al presentar una apelación. Si no muestra una razón justificada por la demora de más de 30 días, el juez de justicia administrativa podría dar su apelación por terminada.
- La Oficina de Apelaciones le notificará a usted la fecha, hora y lugar de su audiencia. Un juez de justicia administrativa preside su audiencia. Usted tiene derecho a revisar todos los expedientes que afecten la apelación antes de que comience su audiencia. Todos atestiguan bajo juramento. Todo testimonio se registra y está sujeto a contra-interrogatorio. El juez de justicia administrativa enviará una decisión por correo postal. **Si vive en otro estado, la audiencia de apelación se**

manejará por teléfono. Usted no tiene que viajar a California para acudir a la audiencia de apelación.

Si está en desacuerdo con la decisión del juez de justicia administrativa, usted puede apelar ante la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California.

Nota: Si está apelando una descalificación, tiene que continuar presentando una solicitud para beneficios continuos mientras su apelación está pendiente. Tiene que enviar por correo postal la *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido*, DE 4581WS/S en papel. Si el juez de justicia administrativa decide que usted es elegible, se le pagará únicamente por las semanas para las cuales usted presentó una solicitud para beneficios continuos y llenó todos los demás requisitos de elegibilidad.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR – LA SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS CONTINUOS Y PAGO, DE 4511WS/S

La *Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago*, DE 4511WS/S, está disponible en inglés y en español. Usted tiene que completar y enviarla por correo postal a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales en un plazo de 14 días de calendario a partir de la fecha en que su empleador del Programa de Trabajo Compartido le entregue el formulario a usted. Si su empleador del Programa de Trabajo Compartido elige enviar la solicitud para beneficios continuos por correo postal al Departamento del Desarrollo del Empleo por usted, el empleador también tiene que enviar los formularios por correo postal a tiempo.

Siga las instrucciones a continuación al completar las Secciones B y C en la *Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago*, DE 4511WS/S. (Su apellido, primer nombre, número de Seguro Social y la Sección A tienen que ser completadas por su empleador, antes de que usted comience a completar las Secciones B y C). Si tiene alguna pregunta con respecto a cómo completar las Secciones B o C, comuníquese inmediatamente a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

LA SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS CONTINUOS Y PAGO, DE 4511WS/S – SECCIÓN B (SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS)

Pregunta 1. – ¿Trabajó usted para alguien más aparte de su empleador del Programa de Trabajo Compartido? (Esto incluye trabajo por cuenta propia.)

Marque la casilla “Sí” o “No” para indicar si trabajó para alguien más aparte de su empleador del Programa de Trabajo Compartido, incluyendo cualquier trabajo por cuenta propia.

Ejemplo: Usted trabajó de 7 a.m. a 12 del medio día para su empleador del Programa de Trabajo Compartido. Además, usted trabajó de 2 p.m. a 5 p.m. para otro empleador. La respuesta correcta para este ejemplo es “Sí.”

Ejemplo: Usted trabajó las horas disponibles de su empleador del Programa de Trabajo Compartido. Usted también es vendedor ambulante en su tiempo libre. La respuesta correcta para este ejemplo es “Sí.”

Pregunta 1.a. – Si la respuesta es Sí, anote el nombre y la dirección del empleador así como la última fecha en que trabajó durante esta semana.

Si se marca la respuesta “Sí” en la Pregunta 1, anote el nombre, dirección y la última fecha en que trabajó durante la semana para su *empleador secundario. Si usted trabaja por cuenta propia, además de trabajar para su empleador del Programa de Trabajo Compartido, anote “Trabajo por cuenta propia” en la línea para el nombre del empleador secundario.

*Cuando usted participa en el plan del Programa de Trabajo Compartido del empleador y tiene un trabajo adicional con otro empleador, el empleador que le proporciona el empleo adicional se considera el *empleador secundario*.

**LA SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS CONTINUOS Y PAGO,
DE 4511WS/S - SECCIÓN B (SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL
SOLICITANTE DE BENEFICIOS)**

Pregunta 1.b. – Anote sus sueldo/salarios, antes de las deducciones, de un trabajo por cuenta propia o de otro trabajo, sin importar si le hayan pagado o no.

Incluya sus sueldos/salarios en bruto, antes de deducciones, de su empleador secundario, trabajo por cuenta propia o por servir como miembro de un jurado, *sin importar si le hayan pagado o no*. Reporte los salarios/sueldos en bruto, en base a la fecha de comienzo y de vencimiento de la semana del formulario, no en base al período de pago del empleador secundario.

Pregunta 1.c. – ¿Sigue trabajando para este empleador?

Marque la casilla “Sí” o “No” para indicar si sigue trabajando para el empleador secundario, o si aún está trabajando por cuenta propia o sirviendo como miembro de un jurado. Si la respuesta es No, indique la razón por la cual se terminó el trabajo.

Pregunta 2. – Si usted desea que se retengan impuestos federales para la semana que se indica en la Sección A, marque esta casilla.

Si marca esta casilla, la cantidad retenida será del 15 por ciento de la cantidad pagable de beneficios del Programa de Trabajo Compartido para esa semana, pero no se deducirá hasta que se tomen todas las reducciones requeridas de beneficios y de contrabalance de sobrepagos de beneficios. Por ejemplo:

Cantidad pagable del Programa de Trabajo Compartido:	\$40.00
Quince por ciento de la cantidad pagable:	\$6.00
A usted se le pagarán:	\$34.00

Si no marca la casilla, ninguna porción de los beneficios se retendrá para impuestos federales. No importa lo que decida, su opción permanece en vigor solamente hasta que usted envíe su siguiente solicitud para beneficios continuos.

Lea atentamente la información en la solicitud para beneficios continuos. Firme y feche la solicitud para beneficios continuos. (La firma tiene que ser original; no se aceptarán firmas fotocopiadas.)

**LA SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS CONTINUOS Y PAGO, DE 4511W/S
- SECCIÓN C (INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS)**

Anote el apellido, primer nombre, inicial, fecha de nacimiento y sexo.

Pregunta 1. – ¿Es el nombre usado en este formulario el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social? Conteste sí o no.

Si la respuesta es no, anote el nombre que aparece en su tarjeta de Seguro Social (apellido, nombre, inicial).

Pregunta 1.a. – Indique otros nombres y/o números de Seguro Social que haya usado.

Pregunta 2. – Proporcione su dirección postal, unidad/apto., ciudad, Código Postal y número de teléfono.

Pregunta 2.a. – ¿Es la dirección de su domicilio la misma que su dirección postal? Conteste sí o no.

Si la respuesta es no, anote la dirección de su domicilio. (Incluya su ciudad, estado, Código Postal y número de apartamento.)

NOTA: Un Apartado Postal de correo no es una dirección de domicilio.

Pregunta 3. – ¿Ha presentado usted en los últimos 2 años una solicitud para beneficios del Seguro de Desempleo o del Seguro de Incapacidad en el Estado de California? Conteste sí o no.

Si la respuesta es sí, indique el tipo de solicitud de beneficios y la(s) fecha(s) en que se presentó/presentaron la(s) solicitud(es) de beneficios.

**LA SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS CONTINUOS Y PAGO,
DE 4511WS/S - SECCIÓN C (SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL
SOLICITANTE DE BENEFICIOS)**

Pregunta 4. – Durante los últimos 18 meses, ¿trabajó usted para una agencia del gobierno federal o prestó servicio militar? Conteste sí o no.

Pregunta 5. – ¿Trabajó usted en otro estado que no sea California, en los últimos 18 meses? Conteste sí o no. Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del estado(s).

Pregunta 6. – ¿Solicitó para beneficios del Seguro de Desempleo en otro estado en los últimos 12 meses? Conteste sí o no.

Pregunta 7. – ¿Tiene usted licencia de manejar o una Tarjeta de identificación? Conteste sí o no.

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del estado que la emite y el número de su licencia de manejar o Tarjeta de identificación.

Pregunta 8. – ¿Es usted ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos? Conteste sí o no.
Si la respuesta es no, conteste las siguientes preguntas

- a. ¿Está usted registrado(a) con el Departamento de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, anteriormente conocida como INS) y autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos? Conteste sí o no.
- b. ¿Cuál es el nombre de su documento del Departamento de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos? Marque la casilla apropiada.
- c. Proporcione su número de Registro de Extranjero **O** número de su autorización para trabajar.
- d. Proporcione la fecha de expiración de su autorización para trabajar.
- e. ¿Estuvo usted legalmente autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos en los últimos 19 meses? Conteste sí o no.

Pregunta 9. – ¿Está usted recibiendo o recibirá dentro del próximo año, una pensión que no sea del Seguro Social o Jubilación para Empleados de Ferrocarriles que es basada en su propio trabajo o salarios/sueldos? Conteste sí o no.

- a. Si la respuesta es sí, proporcione información sobre quién le paga a usted el pago de la pensión.
- b. ¿Cómo está recibiendo sus pagos de su pensión? Conteste mensualmente, anualmente o en un solo pago.
- c. ¿Efectuó usted pagos al fondo de su pensión o retiro? Conteste sí, no, o no estoy seguro.
- d. ¿Pagó alguno de los empleadores para quien usted trabajó durante los últimos 18 meses, al fondo de pensión? Conteste sí, no, o no estoy seguro. Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la compañía que efectuó pagos al fondo pensión.

Pregunta 10. – Indique los empleadores para quien usted ha trabajado en los últimos 18 meses, comenzando con el más reciente al más antiguo. Indique los empleadores adicionales en una hoja de papel separado. Asegúrese de incluir toda la misma información que se le pide en esta pregunta.

(Nota: Cómo se le pagaban; por favor especifique, por hora, a diario, semanal, mensual, por comisión o por pieza.)

Pregunta 11. – Proporcione información sobre el empleador para el que usted trabajó más tiempo.

- a. Proporcione el tipo de negocio que operaba este empleador. (Por favor, sea específico. Por ejemplo, un restaurante, tintorería, construcción, librería, etc.)
- b. Proporcione la clase de trabajo que usted desempeñaba para este empleador. (Por favor, sea específico, cajero, obrero, plomero, etc.)
- c. Proporcione cuántos años y/o meses trabajó usted para este empleador.

Pregunta 12. – ¿Es usted ahora, o ha sido usted en los últimos 18 meses, un director corporativo o un accionista único o mayoritario de una corporación? Conteste sí o no.

Pregunta 13. – ¿Está usted recibiendo o espera recibir Compensación para Trabajadores? Conteste sí o no. Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la compañía de seguros, y si es posible, el número del caso.

Pregunta 14. – Seleccione el idioma que usted prefiere para recibir información. Seleccione inglés o español.

Pregunta 15. – Seleccione el idioma que usted prefiere hablar. Seleccione inglés, español, u otro. Si selecciona otro, proporcione el idioma que usted prefiere.

Preguntas Opcionales

Pregunta 16. – Seleccione la raza o grupo étnico con el que usted se identifica. Marque la casilla apropiada o elija no contestar.

Pregunta 17. – ¿Tiene usted alguna discapacidad? Marque sí, no, o elija no contestar.

(Una discapacidad es un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades de la vida, como por ejemplo cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar.)

Lea cuidadosamente la información en la solicitud para beneficios continuos. Firme y feche la solicitud para beneficios continuos. (La firma tiene que ser original; no se aceptarán firmas fotocopiadas.)

Envíe por correo postal la *Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago*, DE 4511WS/S, completada, a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales, en un plazo de 14 días laborables (días laborables del empleador) a partir de la fecha en que se la entregue su empleador. Consulte la página 1 para ver la dirección postal de la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

Importante:

- Revise su formulario de solicitud para beneficios continuos antes de enviarlo por correo postal. ¿Contestó usted todas las preguntas? ¿Firmó el formulario?
- Después de que usted haya usado los dos sobres proporcionados en su paquete, es responsable usted de proporcionar su propio sobre. Además, asegúrese de que el sobre esté rotulado correctamente a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.
- Ponga los sellos correctos y su dirección remitente en el sobre.
- Deje que pasen 10 días a partir de la fecha en que usted envíe por correo postal su formulario de solicitud para beneficios continuos para que le llegue su pago.
- Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

**LA SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS CONTINUOS Y PAGO,
DE 4511WS/S – Página 1**



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.

TRABAJO COMPARTIDO (WS) SOLICITANTE

- Favor de completar la Sección B. - Certificación del Solicitante y la Sección C - Información del Solicitante de este formulario. Si usted tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, llame a la Oficina de Solicitudes Especiales al 916-464-3300.
- Escriba sus respuestas con letra de molde en la Sección C. Para evitar demoras, revise su formulario antes de enviarlo por correo postal.
- Este formulario deberá de ser enviado a la siguiente dirección: Special Claims Office, P.O. Box 419076, Rancho Cordova, CA 95741-9076, dentro de 14 días de calendario de la fecha en que fue emitido por su empleador.

SECTION A - EMPLOYER'S INFORMATION AND CERTIFICATION

LAST NAME:	FIRST NAME:	SOCIAL SECURITY NUMBER:																															
<p>EMPLOYER'S CERTIFICATION FOR THE WEEK ENDING: ___/___/___</p> <p>Note: 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.</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;">Normal Weekly Wages <input type="text"/></td> <td style="width:33%;">TOTAL Wages Paid <input type="text"/></td> <td style="width:33%;">% of Wages Reduced for WS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Normal Work Per Week <input type="text"/></td> <td>TOTAL Hours Worked <input type="text"/></td> <td>% of Hours Reduced for WS <input type="text"/></td> </tr> </table> <p>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</p> <p>a. If yes, was the absence approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Enter the date(s) and reason: ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___ ___/___/___</p> <p>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</p> <p>3. Enter the date(s) and hour(s) used for Work Sharing reductions during this week:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Date</th> <th style="text-align: center;">Hours</th> <th style="text-align: center;">Date</th> <th style="text-align: center;">Hours</th> <th style="text-align: center;">Date</th> <th style="text-align: center;">Hours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">___/___/___</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">___/___/___</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">___/___/___</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">___/___/___</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">___/___/___</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">___/___/___</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>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).</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:33%;">BUSINESS NAME AND ADDRESS:</td> <td style="width:33%;">TITLE:</td> <td style="width:33%;">DATE ISSUED TO EMPLOYEE: ___/___/___</td> </tr> <tr> <td>PRINTED NAME OF SIGNED:</td> <td>EMPLOYER TELEPHONE NUMBER: () - _____</td> </tr> <tr> <td>EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:</td> <td>EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:</td> </tr> </table>			Normal Weekly Wages <input type="text"/>	TOTAL Wages Paid <input type="text"/>	% of Wages Reduced for WS <input type="text"/>	Normal Work Per Week <input type="text"/>	TOTAL Hours Worked <input type="text"/>	% of Hours Reduced for WS <input type="text"/>	Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours	___/___/___	<input type="text"/>	BUSINESS NAME AND ADDRESS:	TITLE:	DATE ISSUED TO EMPLOYEE: ___/___/___	PRINTED NAME OF SIGNED:	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER: () - _____	EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:	EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:										
Normal Weekly Wages <input type="text"/>	TOTAL Wages Paid <input type="text"/>	% of Wages Reduced for WS <input type="text"/>																															
Normal Work Per Week <input type="text"/>	TOTAL Hours Worked <input type="text"/>	% of Hours Reduced for WS <input type="text"/>																															
Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours																												
___/___/___	<input type="text"/>	___/___/___	<input type="text"/>	___/___/___	<input type="text"/>																												
___/___/___	<input type="text"/>	___/___/___	<input type="text"/>	___/___/___	<input type="text"/>																												
BUSINESS NAME AND ADDRESS:	TITLE:	DATE ISSUED TO EMPLOYEE: ___/___/___																															
	PRINTED NAME OF SIGNED:	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER: () - _____																															
	EMPLOYER ORIGINAL SIGNATURE:	EMPLOYER ACCOUNT NUMBER:																															

SECCIÓN B - CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE: Favor de contestar las preguntas de abajo acerca de la Semana que Termina que fue proporcionada por su empleador en la Sección A, para determinar el pago por la semana.

1. ¿Trabajó usted para alguien más aparte de su empleador de Trabajo Compartido? (Esto incluye trabajo por cuenta propia.)
 Sí No

a. Si contesta sí, anote el nombre y la dirección del empleador así como la última fecha en que trabajó durante esta semana:
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Última Fecha en que Trabajó: ____ / ____ / ____

b. Anote sus sueldos/salarios, antes de las deducciones, de un trabajo por cuenta propia o de otro trabajo, sin importar si le hayan pagado o no: \$ _____

c. ¿Sigue trabajando para este empleador? Sí No
 Si contesta No, explique la razón: _____

2. Si usted desea que se retengan impuestos federales para la semana indicada en la Sección A, marque esta casilla:

La información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que la ley impone una multa y/o encarcelamiento por hacer declaraciones falsas o por retener información para recibir, fraudulentamente, beneficios del Seguro de Desempleo.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha en que se Firmó:** _____

SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Proporcione esta información para presentar su solicitud.

APPELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL:	FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------	----------------	----------	--	---

1. ¿Es el nombre usado en este formulario el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social?
 Sí No

Si contesta no, escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Seguro Social.
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

a. Indique otros nombres y/o números de Seguro Social que usted haya usado: _____

2. DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL: _____ UNIDAD/APTO: _____
 CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (____) _____

a. ¿Es la dirección de su domicilio la misma que la de correo postal? Sí No
 Si contesta No, proporcione la dirección de su domicilio. (Incluya su ciudad, estado, Código Postal, y número de apartamento.)
NOTA: Un Apartado Postal de correo no es una dirección de domicilio.
 DIRECCIÓN DE CALLE: _____ UNIDAD/APARTAMENTO: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

3. ¿Ha presentado usted en los últimos 2 años una solicitud para beneficios del Seguro de Desempleo o del Seguro de Incapacidad en el estado de California?
 Sí No

Si contesta Sí, indique el tipo de solicitud y la(s) fecha(s) cuando fue(ron) presentada(s).
 _____ / ____ / ____ _____ / ____ / ____

4. Durante los últimos 18 meses, ¿trabajó usted para una agencia del gobierno federal o prestó servicio militar?
 Sí No

SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: (Continúa)

5. ¿Trabajó usted en otro estado que no sea California, en los últimos 18 meses? Sí No
Si contesta sí, proporcione el nombre del estado(s) _____
6. ¿Solicitó para beneficios del Seguro de Desempleo en otro estado en los últimos 12 meses? Sí No
7. ¿Tiene usted licencia de manejar o Tarjeta de Identificación? Sí No
Si contesta sí, proporcione el nombre del estado que la emitió y el número de su licencia o el número de la tarjeta de identificación.
Nombre del estado que la emitió: _____ Número de Licencia /Tarjeta de identificación: _____
8. ¿Es usted ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos? Sí No

Si contesta no, conteste las siguientes preguntas:

- a. ¿Está usted registrado(a) con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos de (USCIS, por sus siglas en inglés y anteriormente conocida como INS) y autorizado(a) para trabajar en los Estados Unidos? Sí No
- b. ¿Cuál es el nombre de su documento del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos? Marque una de las siguientes:
 Tarjeta de Registro de Extranjero (I-151) Tarjeta de Residencia Temporal (I-688)
 Tarjeta de Residente Permanente (I-551) Registro de Entrada/Salida (I-94)
 Tarjeta de Autorización de Empleo (I-688A) Permiso de Reingreso (I-327)
 Documento de Autorización de Empleo (I-688B) Documento de Viaje para Refugiado (I-571)
 Sello de VISA Pasaporte Extranjero Vigente
 Tarjeta de Autorización de Empleo (I-766) Otro Documento _____
- NOTA:** (El Sello de VISA debe de decir lo siguiente en inglés: "Processed for I-551 Temporary Evidence of Lawful Admission of Permanent Residence valid until MM/DD/YYYY, Employment Authorized.")
- c. ¿Cuál es su número de Registro de Extranjero **O** su número de autorización en su documento? _____
- d. ¿Cuál es la fecha de expiración de su autorización para trabajar? _____
- e. ¿Estuvo usted legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos en los últimos 19 meses? Sí No
9. ¿Está usted recibiendo o recibirá dentro del próximo año, una pensión que no sea del Seguro Social o de Jubilación para Empleados de Ferrocarriles que es basada en su propio trabajo o salarios/sueldos? Sí No

Si contesta Sí:

- a. ¿Quién le paga a usted el cheque de la pensión? _____
- b. ¿Cómo está recibiendo sus pagos de su pensión? Mensualmente Anualmente En un solo pago
- c. ¿Efectuó usted pagos al fondo de su pensión o retiro? Sí No
- d. ¿Pagó alguno de los empleadores para quien usted trabajó durante los últimos 18 meses, al fondo de pensión? Sí No No estoy seguro

Si contesta sí, ¿cuál es el nombre de la compañía que paga al fondo de la pensión? _____

10. Indique los empleadores para quien usted trabajó en los últimos 18 meses, comenzando con el más reciente al más antiguo. Indique los empleadores adicionales en una hoja de papel por separado. Asegúrese de incluir toda y la misma información que se le pide en esta pregunta.

(Nota: Cómo le pagaban; por favor especifique, por hora, semanal o mensual, anual, por comisión o por pieza.)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHAS TRABAJADAS	SALARIO/SUELDO	CÓMO LE PAGABAN
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____
_____	Del: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____

SECCIÓN C - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: (Continúa)

11. ¿Con cuál empleador trabajó usted más tiempo? _____
- a. ¿Qué tipo negocio operaba este empleador?
(Por favor sea específico. Por ejemplo, restaurante, tintorería, construcción, librería, etc.) _____
- b. ¿Qué clase de trabajo desempeñaba usted con este empleador?
(Por favor sea específico: cajero(a), obrero, plomero, etc.) _____
- c. ¿Cuánto tiempo trabajó usted con este empleador? Años: _____ Meses: _____
12. ¿Es usted ahora, o ha sido usted en los últimos 18 meses un director corporativo o un accionista único o mayoritario de una corporación? Sí No
13. Está usted recibiendo o espera recibir beneficios de Compensación para Trabajadores (WC, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si contesta sí, proporcione el nombre de la compañía de seguros y si es posible, el número del caso.
Nombre de la compañía de seguros: _____ Número del caso: _____
14. ¿Prefiere usted sus formularios escritos en español o en inglés? español inglés
15. ¿Qué idioma prefiere usted hablar? inglés español Otro: _____

Las dos siguientes preguntas son optativas:

16. ¿Con qué raza o grupo étnico se identifica? Marque una de las casillas siguientes:
- | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guamaniano | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otro (<i>Especifique</i>) _____ | <input type="checkbox"/> Opto por no responder | |
17. ¿Tiene usted una discapacidad? Sí No Opto por no responder
(Una discapacidad es un impedimento físico o mental que limita considerablemente una o más actividades de la vida, tales como cuidarse a sí mismo(a), realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, o trabajar.)

Por este medio solicito beneficios. Soy un solicitante de Trabajo Compartido y trabajo horas reducidas. He contestado estas preguntas consciente de que la ley impone sanciones por hacer declaraciones falsas.

En lo referente a la Pregunta 8, situación de ciudadanía, declaro BAJO PENA DE PERJURIO, conforme a las leyes del Estado de California, que mi respuesta es verdadera y correcta. Entiendo que la información que proporciono en este formulario se puede revelar a otras agencias gubernamentales según lo permita la ley.

Firma Original del Solicitante _____ número de Seguro Social _____ Fecha en que se Firmó _____ / _____ / _____

SÓLO PARA USO DEL EDD

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

Interviewer's Initials: _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR – LA SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO, DE 4581WS/S

Su empleador le entregará a usted la *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido*, DE 4581WS/S. Su empleador tiene que completar la página 1. Si no se completa la página 1, devuélvale la solicitud para beneficios continuos a su empleador.

La *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido* está disponible en inglés y en español. Usted tiene que completar y enviar la solicitud para beneficios continuos por correo postal a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales, en un plazo de 14 días de calendario a partir de la fecha en que su empleador del Programa de Trabajo Compartido le entregó el formulario a usted. Si su empleador del Programa de Trabajo Compartido elige enviar la solicitud para beneficios continuos de usted a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales por correo postal, su empleador también tiene que enviar el formulario por correo a tiempo.

El Departamento del Desarrollo del Empleo no genera por computadora el formulario de la *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido*; su empleador del Programa de Trabajo Compartido lo emite. Su empleador elige cuáles semanas son semanas del Programa de Trabajo Compartido y cuáles empleados participarán en el Programa de Trabajo Compartido.

La Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales emite los pagos de beneficios del Programa de Trabajo Compartido usando dos formularios diferentes de solicitudes para beneficios continuos: La *Solicitud Inicial para Beneficios Continuos y Pago*, DE 4511WS/S, y la *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido*, DE 4581WS/S. La DE 4581WS/S se usa para autorizar los pagos de beneficios o dar crédito por la semana de espera después de que se presente la solicitud de beneficios del Seguro de Desempleo.

Siga las instrucciones a continuación cuando complete la página 2 en la *Solicitud para Beneficios Continuos del Programa de Trabajo Compartido*. La “Semana Uno” se refiere a la semana que termina en la fecha indicada en la primera columna en la página 1, y la “Semana Dos” se refiere a la semana que termina en la fecha indicada en la segunda columna en la página 1. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a cómo completar la página 2, comuníquese inmediatamente a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR – LA SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO, DE 4581WS/S

Pregunta 1. – ¿Tuvo usted un cambio de dirección o número de teléfono durante esta semana? Conteste sí o no.

Marque la casilla “Sí” si se mudó o cambió su número de teléfono durante la semana para la que se está presentando la solicitud para beneficios continuos. Marque la casilla “No” si no se mudó ni cambió su número de teléfono durante la semana para la que se está presentando la solicitud para beneficios continuos.

Pregunta 1.a. – Si la respuesta es sí, proporcione su dirección y/o número de teléfono nuevos.

Pregunta 2. – ¿Trabajó usted para alguien que no sea su empleador del Programa de Trabajo Compartido? (Esto incluye el trabajo por cuenta propia o un segundo empleador.) Conteste sí o no.

Pregunta 2.a. – Si la respuesta es sí, proporcione la información del trabajo por cuenta propia o el nombre de empleador de su otro trabajo, dirección y último día que trabajó durante esta semana.

Pregunta 2.b. – Proporcione sus ingresos, antes de deducciones, de su trabajo que no era su empleador del Programa de Trabajo Compartido, sin importar si le hayan pagado o no. También, indique los ingresos del trabajo por cuenta propia o por servir como miembro de un jurado. Reporte los ingresos en bruto, basados en las fechas del comienzo y fin de las semanas en el formulario, no en base al período de pago del empleador secundario.

Pregunta 2.c. – ¿Continúa usted trabajando para el otro empleador? Conteste sí o no.

Pregunta 2.d. – Si la respuesta es no, indique la razón por la que terminó el trabajo.

Pregunta 3. - Si usted desea que se le retengan impuestos federales por la(s) semana(s) que se muestran en la página 1, marque esta casilla.

Si usted marca esta casilla, la cantidad retenida será el 15 por ciento de la cantidad de beneficios del Programa de Trabajo Compartido pagable por esa semana, pero no se deducirá hasta que se tomen todas las reducciones de beneficios requeridas y de contrabalances de sobrepagos de beneficios. Por ejemplo:

Cantidad pagable del Programa de Trabajo Compartido:	\$40.00
Quince por ciento de la cantidad pagable:	\$6.00
A usted se le pagarán:	\$34.00

Si usted no marca la casilla, no se retendrá ninguna porción de los beneficios para impuestos federales. No importa lo que usted decida, su opción permanece en vigor solamente hasta que envíe su siguiente solicitud para beneficios continuos.

Lea atentamente la información de la solicitud para beneficios continuos. Firme y fecha la solicitud para beneficios continuos. (La firma tiene que ser original; no se aceptarán firmas fotocopiadas.)

Envíe la *Solicitud para Beneficios Continuos*, DE 4581WS/S, completada por correo postal a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales, en un plazo de 14 días laborables (días laborables del empleador) a partir de la fecha en que su empleador se la entregue a usted. Consulte la página 1 para ver la dirección postal de la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

Importante::

- Revise su formulario de solicitud para beneficios continuos antes de enviarlo por correo postal. ¿Contestó usted todas las preguntas? ¿Firmó el formulario?
- Después de que usted haya usado los dos sobres proporcionados en su paquete, es responsable usted de proporcionar su propio sobre. Además, asegúrese de que el sobre esté rotulado correctamente a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.
- Ponga los sellos correctos y su dirección remitente en el sobre.
- Deje que pasen 10 días a partir de la fecha en que usted envíe por correo postal su formulario de solicitud para beneficios continuos para que su pago se le deposite en su tarjeta de débito.
- Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales.

LA SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO, DE 4581WS/S – Pagina 1



INTERVIEWER'S INITIALS (EDD) USE ONLY

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

LAST NAME	FIRST NAME	SOCIAL SECURITY NUMBER	
THIS FORM MAY BE USED FOR ONE WEEK OR TWO CONSECUTIVE WEEKS			
	WEEK ONE Week Ending: __/__/__	WEEK TWO 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	Date Issued to Employee ____/____/____	
	Title _____	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

LA SOLICITUD PARA BENEFICIOS CONTINUOS DEL PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO, DE 4581WS/S – Pagina 2

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS DE TRABAJO COMPARTIDO
(Para Ser Completado Sólo Por El Empleado)**

	PRIMERA SEMANA Conteste las siguientes preguntas con respecto a la fecha en que termina la semana anotada bajo "Week One" en el reverso de este formulario.	SEGUNDA SEMANA Conteste las siguientes preguntas con respecto a la fecha en que termina la semana anotada bajo "Week Two" en el reverso de este formulario.
1. ¿Tuvo usted un cambio de dirección o de teléfono durante esta semana? 1.a. Si la respuesta es Sí , anote su nueva dirección y/o número de teléfono.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección: _____ _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección: _____ _____ Teléfono: () _____
2. ¿Trabajó usted para cualquier otra persona que no sea su empleador de Trabajo Compartido? (Esto incluye trabajo por cuenta propia o un segundo empleador.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.a. Si la respuesta es Sí , anote el trabajo por cuenta propia o el nombre de su empleador de su otro trabajo, dirección y el último día que trabajó durante esta semana.	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____ Última fecha en que trabajó: ___/___/___	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____ Última fecha en que trabajó: ___/___/___
2.b. Anote sus ingresos, antes de deducciones, de su trabajo que no era su empleador de Trabajo Compartido, sin importar si le hayan pagado o no. También, anote ingresos de trabajo por cuenta propia o por servir como miembro de un jurado.	\$ _____	\$ _____
2.c. ¿Continúa usted trabajando para el otro empleador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.d. Si la respuesta es no , anote la razón por la cual terminó el trabajo.		
3. Si usted desea que se retengan impuestos federales para la(s) semana(s) que se muestra(n) en la Página 1, marque esta casilla. <input type="checkbox"/> Si usted marcó la casilla y está solicitando beneficios por dos semanas, los impuestos federales serán retenidos por las dos semanas.		

La información proporcionada es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que la ley impone una multa y/o encarcelamiento por hacer declaraciones falsas o por retener información para recibir beneficios del Seguro de Desempleo.

FIRMA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA EN QUE FIRMÓ
-------	-------------------------	--------------------

NOTA: El empleado se hace responsable de enviar por correo este formulario a **Special Claims Office a la dirección indicada a continuación dentro de 14 días de calendario** de recibirlo del empleador.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DE BENEFICIOS DE TRABAJO COMPARTIDO

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

ELEGIBILIDAD

Los beneficios del Programa de Trabajo Compartido no pueden pagarse, a menos que se cumplan todos los requisitos de elegibilidad. Si hay alguna pregunta acerca de su elegibilidad, la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales se comunicará con usted o con su empleador del Programa de Trabajo Compartido para aclarar o pedir información adicional.

El Programa de Trabajo Compartido exige que tanto los empleadores como los empleadores participantes cumplan los criterios de elegibilidad. A continuación se indican los criterios de elegibilidad que los empleadores del Programa de Trabajo Compartido tienen que cumplir, a fin de que sus empleados participantes sean elegibles para los beneficios del Programa de Trabajo Compartido:

1. Los empleadores tienen que ser un negocio registrado legalmente en California y tener un Número de Cuenta de Empleador del Estado de California activo.
2. Por lo menos el 10 por ciento de la fuerza laboral regular del empleador o una unidad de la fuerza laboral y un mínimo de dos empleados tienen que verse afectados por una reducción en horarios y salarios/sueldos.
3. La reducción en horarios y salarios/sueldos de los empleados tiene que ser por lo menos del 10 por ciento y no tiene **que exceder el 60 por ciento**.
4. Los **beneficios médicos de los empleados** tienen que continuarse bajo los mismos términos y condiciones, como antes de la reducción de horarios y salarios/sueldos o en la misma medida que otros empleados que no participan en el Programa de Trabajo Compartido. A menos que una reducción se aplique equitativamente a los empleados que no participan en el Programa de Trabajo Compartido, los empleadores que reducen los beneficios médicos de los empleados que participan en el Programa de Trabajo Compartido, no calificaran para participar en el Programa de Trabajo Compartido.
5. Los beneficios de **retiro de los empleados** tienen que continuarse bajo los mismos términos y condiciones, como antes de la reducción de horarios y salarios/sueldos o en la misma medida que otros empleados que no participan en el Programa de Trabajo Compartido. A menos que una reducción se aplique equitativamente a los empleados que no participan en el Programa de Trabajo Compartido, los empleadores que reducen los beneficios de retiro de los empleados que participan en el Programa de Trabajo Compartido no calificaran para participar en el Programa de Trabajo Compartido.
6. El agente del convenio de negociación colectiva de los empleados en la unidad de negociación tiene que estar de acuerdo en participar voluntariamente en el Programa de Trabajo Compartido y tiene que firmar la solicitud para el Programa de Trabajo Compartido.
7. Los empleadores tienen que identificar a la(s) unidad(es) de trabajo afectada(s) para estar cubierta(s) por el plan del Programa de Trabajo Compartido e **identificar a cada uno de los empleados participantes por su nombre completo y número de Seguro Social**.
8. Los empleadores tienen que notificarles a los empleados con anticipación de la intención de participar en el Programa de Trabajo Compartido.
9. Los empleadores tienen que identificar **cuántos desempleos se evitarán** al participar en el Programa de Trabajo Compartido.
10. Los empleadores tienen que proporcionar al Departamento del Desarrollo del Empleo cualquier reporte o documentos necesarios relacionados con la conducta adecuada del plan del Programa de Trabajo Compartido.

Si su empleador del Programa de Trabajo Compartido no cumple los criterios indicados anteriormente:

- El plan del Programa de Trabajo Compartido del empleador podría terminarse y/o
- Es posible que usted no sea elegible para recibir beneficios del Programa de Trabajo Compartido.

A continuación se indican los criterios de elegibilidad que los empleados participantes tienen que cumplir, a fin de ser elegibles para recibir beneficios del Programa de Trabajo Compartido:

1. Permanecer disponibles para cualquier trabajo que le ofrezca su empleador del Programa de Trabajo Compartido.
2. Presentar a la Oficina de Solicitudes de Beneficios Especiales cualquier formulario de solicitud para beneficios continuos que le emita su empleador del Programa de Trabajo Compartido, en un plazo de 14 días de calendario a partir de la fecha de emisión.
3. Estar regularmente empleado por el empleador del Programa de Trabajo Compartido.
4. Completar una semana normal de trabajo (sin reducciones de horarios o salarios/sueldos) para el empleador del Programa de Trabajo Compartido antes de participar en el Programa de Trabajo Compartido.
5. Tener salarios/sueldos que le permiten calificar para beneficios en los trimestres del período reglamentario usados para establecer una solicitud de beneficios regular del Seguro de Desempleo de California. Consulte la guía DE 1275A/S para obtener más información sobre el período reglamentario en **www.edd.ca.gov**.
6. Sus horarios trabajados y los salarios/sueldos semanales tienen que reducirse por un mínimo del 10 por ciento y no tienen que exceder el 60 por ciento.
7. Si usted deja su empleo o se le despide de este con el empleador del Programa de Trabajo Compartido, ya no tendrá derecho a recibir beneficios del Programa de Trabajo Compartido. Entonces, el Departamento del Desarrollo del Empleo determinará si usted es elegible para recibir beneficios regulares del Seguro de Desempleo, basándose en la razón de su separación del trabajo.

Nota: Su tasa de pago no se reduce. Sus salarios/sueldos semanales se reducen un 10 por ciento, ya que el número de horas que usted trabajó se redujo un 10 por ciento. Por ejemplo:

Su empleador del Programa de Trabajo Compartido ha reducido su semana normal de trabajo de 40 a 32 horas. A usted se le paga una tasa por hora de \$10. Sus salarios/sueldos normales semanales se han reducido de \$400 a \$320 debido al Programa de Trabajo Compartido. Esta es una reducción del 20 por ciento en sus horarios trabajados y salarios/sueldos ganados semanales.

Puesto que sus horarios trabajados se reducen un 20 por ciento, sus salarios/sueldos ganados también se reducen un 20 por ciento. Su tasa por hora de \$10 permanece igual.

Si cualquiera de los criterios indicados anteriormente no se cumplen, no pueden pagarse los beneficios del Programa de Trabajo Compartido. Si usted no es elegible para recibir beneficios, recibirá una notificación explicándole la razón por la cual no tiene derecho a recibir beneficios del Programa de Trabajo Compartido. Además, la notificación le informará acerca de sus derechos de apelación.

Usted también tiene que reportar todo el trabajo e ingresos de un empleador que no sea su empleador del Programa de Trabajo Compartido. Todo el trabajo y/o ingresos tienen que reportarse, incluyendo el recibo de los tipos de pagos que se indican a continuación. El Departamento del Desarrollo del Empleo hace auditorías de todos los beneficios del Seguro de Desempleo para detectar fraude. Si usted recibe beneficios porque no le proporcionó al Departamento del Desarrollo del Empleo la información correcta, es posible que se le enjuicie y se le nieguen beneficios actuales y futuros.

- Salarios/sueldos atrasados
- Pago por servir como miembro de un jurado
- Indemnización por despido
- Bonos
- Pago por período de enfermedad
- Beneficios de huelga
- Comisiones
- Pensiones
- Propinas
- Pago por día feriado
- Trabajo por contrato/pieza
- Pago de vacaciones
- Pago por mantenerse listo para trabajar
- Pago residual/cuotas de retención
- Pago por servir como testigo
- Indemnización por despido sin previo aviso
- Trabajo por cuenta propia
- Compensación para Trabajadores

Usted tiene que reportar hospedaje y comidas o cualquier otro pago que reciba en lugar de dinero cuando trabaje. Si no está seguro sobre cómo reportar los salarios/sueldos, comuníquese al Departamento del Desarrollo del Empleo.



ESTADO DE CALIFORNIA

AGENCIA DEL TRABAJO Y DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL

DEPARTAMENTO DEL DESARROLLO DEL EMPLEO

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) es un empleador/ programa de oportunidades equitativas. Servicios auxiliares y de asistencia para las personas con discapacidades, están disponibles cuando se solicitan. Peticiones para servicios, asistencia y/o formato alternativo, necesitan hacerse llamando al 1-800-300-5616 (voz), o TTY al 1-800-815-9387.