

PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO DE SEIU USWW

**Cómo Completar el Formulario de Certificación del
Solicitante de Beneficios de Trabajo Compartido**



**Building Skills Partnership
& SEIU USWW**



Si esta pensado en presentar un reclamo de Beneficios de desempleo del Programa de Trabajo Compartido, **debe:**



Verificar con su empleador o su representante de la Unión que su edificio o lugar de trabajo esté participando en el programa de trabajo compartido



Esperar a que su empleador le entregue dos formularios para completar:

1

Formulario de reclamo inicial y certificación de pago
(completado una vez para la primera semana de Trabajo Compartido)

2

Formulario de certificación de trabajo compartido
(completado cada 2 semanas a partir de la segunda semana de Trabajo Compartido)



EDD notificará al reclamante por correo si es elegible para recibir beneficios, si es así, se le enviará por correo una tarjeta de BofA del EDD



Continúe completando y enviando por correo el formulario de Certificación de trabajo compartido para todas las semanas de trabajo compartido

La Información que necesitará

- Nombre y número de seguro social
- Cualquier cambio en la dirección postal o número de teléfono
- Si trabajó para alguien que no sea su empleador de trabajo compartido, debe proporcionar:
 - Nombre de la empleador
 - Dirección del empleador(masculine)
 - Última fecha trabajada durante la (s) semana (s) de informe
 - Ganancias antes de las deducciones de su empleador que no es trabajador compartido, trabajo por cuenta propia o servicio de jurado

Formulario de Certificación del Solicitante de Beneficios de Trabajo Compartido (DE 4581WS)

Para poder continuar recibiendo beneficios, debe completar el formulario de Certificación de trabajo compartido **cada 2 semanas**

El formulario tiene 2 páginas:

La Página 1 la llena el empleador

La Página 2 la llena usted, el que reclama los beneficios



Usted es responsable de enviar su formulario a EDD dentro de los 14 días a partir de la "Fecha de emisión al empleado"



Enviar a :

**EDD Special Claims Office
P.O. BOX 41906
Rancho Cordova, CA 95741-9076**

Página 1 - Certificación del Solicitante de Beneficios de Trabajo Compartido

Su empleador completará la primera página con su información sobre la semanas escritas en la parte "Fin de Semana", incluyendo su:

- Salarios y horas normales y reducidos
- Ausencias
- Horario de trabajo

Employment Development Department State of California		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: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		WEEK TWO Week Ending: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
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	Date(s) Hours
	02/05/05 2	
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 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 (6)(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

Fin de
Semana

"Fecha de
emisión al
empleado":
Fecha que fue
entregada al
empleado

Nota: Tiene 14 días a partir de la fecha que se le entregó para enviar el formulario completo al EDD

Página 2 - Certificación del Solicitante de Beneficios de Trabajo Compartido

- Usted es responsable de completar la página #2 del formulario de Certificación de trabajo compartido
- El empleador le entregará el formulario con la página #1 completada

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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1.a. Si la respuesta es Sí , anote su nueva dirección y/o número de teléfono.	Dirección: _____ _____ Teléfono: () _____	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 (a) semana(s) que se muestrin(en) 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

Página 2 - Pregunta # 1

Semana 1

Semana 2

Pregunta #1:

Si tuvo un cambio de dirección o número de teléfono durante cualquier semana, Marque "Sí" y actualice la información

Si no, marque "No" y pase a la pregunta #2

	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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección: _____ _____ Teléfono: () _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección: _____ _____ Teléfono: () _____
1.a. Si la respuesta es Sí , anote su nueva dirección y/o número de teléfono.		

Si está certificando por dos semanas, debe completar la información para AMBAS semanas 1 y 2

Página 2 - Pregunta # 2

Semana 1

Semana 2

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
---	---	---

Marque "Sí":

- Si **trabajó** al menos un día para otro empleador, tuvo un jurado o trabajó por cuenta propia durante la semana 1 y / o la semana 2. Después, complete las preguntas **2a -2d**.

Marque "No":

- Si **no trabajó** para ningún otro empleador, tuvo un jurado o no trabajó por cuenta propia, y pase a la **Pregunta #3**.

Página 2 - Pregunta # 2.a

Si marcó "Sí" en la Pregunta #2:

2.a: Debe proporcionar información sobre su otro empleador o de su trabajo por cuenta propia, Incluyendo:

- Nombre
- Dirección
- Última fecha trabajada durante la semana 1 y / o semana 2

Semana 1

Semana 2

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

Nombre

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Ciudad, Estado y Código Postal

Última fecha en que trabajó:

Última fecha en que trabajó:

__/__/__

__/__/__

Página 2 - Pregunta # 2.b

Semana 1

Semana 2

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.

\$

\$

Si marcó "Sí" en la **pregunta #2:**

2.b: Ingrese sus ingresos brutos (antes de impuestos) para su empleador que incluyo en la pregunta 2.a

**Informe ganancias
independientemente
de si le han pagado o
no por ese trabajo**

Página 2 - Pregunta # 2c-d

2.c: Si continúa trabajando para su otro empleador que figura en la pregunta 2.a, marque "**Sí**",

Si no, marque "**No**"

Semana 1

Semana 2

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.		

2.d: Si marcó "**no**" en la pregunta 2.c, Ingrese el motivo por el cual finalizó el trabajo

Página 2 - Pregunta # 3

Si desea pagar impuestos federales sobre sus beneficios de la semanas escritas en la Página #1, **marque la casilla.**

Nota: Si marca la casilla, se retendrá el 15% de sus beneficios de trabajo compartido.

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. ☐
Si usted marcó la casilla y está solicitando beneficios por dos semanas, los impuestos federales serán retenidos por las dos semanas.

Si **No** marca la casilla:

- No se reducirán impuestos FEDERALES de sus beneficios
- Se le cobrará impuestos sobre sus beneficios cuando presente sus impuestos el próximo año

Nota: su elección permanecerá vigente hasta su próximo formulario de Certificación

Página 2 - Firma y Número de Seguro Social

Ingrese su Número de
Seguro Social

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

La firma debe ser original,
no se aceptarán firmas
fotocopiadas

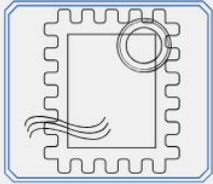
Fecha en que completó
la página #2

**Al firmar, usted está certificando que tiene permiso legal
para trabajar en los Estados Unidos y que es elegible para
reclamar beneficios del Programa de Trabajo Compartido**

**¡Revise su
información
antes de enviarla
por correo!**


¡Para evitar retrasos en
la recepción de sus
beneficios, revise su
información más de una
vez para asegurarse de
que esté correcta!

Envíe su aplicación por correo dentro de los 14 días de haber recibido el formulario

Sello Postal → 

Su nombre
Su dirección
Ciudad, Estado, Código postal

← **Dirección del remitente
(su información)**

**Dirección de envío
(Dirección de EDD)** → 

EDD Special Claims Office
P.O. Box 41906
Rancho Cordova, CA 95741-9076

Detalles importantes para recordar

#1

Si no está seguro si cumple con los requisitos para continuar recibiendo beneficios, consulte con BSP.

#2

Usted decide si sigue reclamando beneficios o no en el Programa de Trabajo Compartido, con tal de que cumpla con los requerimientos.

#3

La duración del programa de Trabajo Compartido variará por lugar de trabajo, dependiendo de las órdenes locales de cuarentena y las necesidades del edificio.

#4

Si tiene otro trabajo, deberá reportar ese ingreso y esto puede afectar cuánto reciba en beneficios.

#5

Los días de enfermedad o vacaciones serán reportados en el **Formulario de Certificación** y esto puede afectar los beneficios que reciba.

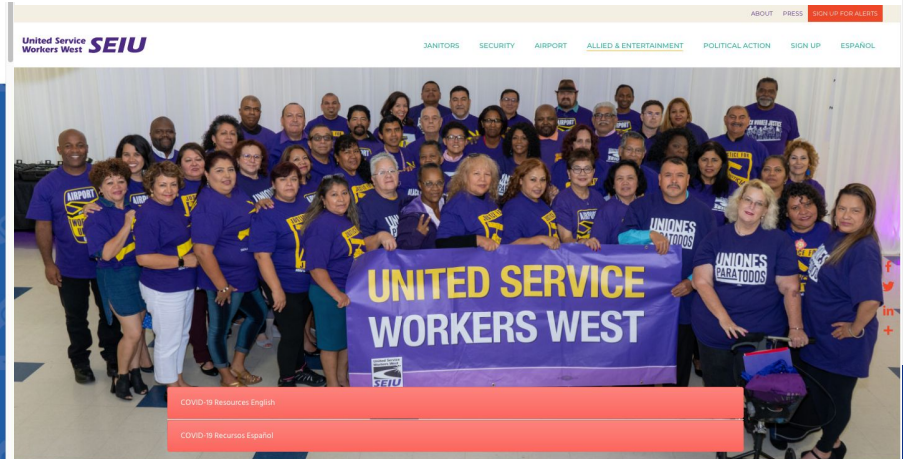
Recursos Adicionales

Visite la página web de [Building Skills Partnership](https://buildingskills.org/workshare) o la de [SEIU-USWW](https://seiu-usww.org/trabajo-compartido) para ver:

- Guía paso a paso para completar el formulario de Certificación de Reclamación inicial y Pago
- Guía paso a paso para completar el formulario de Trabajo Compartido
- Preguntas y respuestas frecuentes de SEIU-USWW
- Recursos adicionales para la comunidad durante el COVID-19

buildingskills.org/workshare

seiu-usww.org/trabajo-compartido



Recursos Adicionales

Para hacer preguntas y aprender mas sobre el program de **SEIU USWW Trabajo Compartido** únete a una llamada de **Zoom** dirigida por tu sindicato:

Cuando: Cada sabado a las 12pm

Como Unirte:

Llama al: (213) 338 - 8477

O

Ingresa el numero de junta en la aplicación de Zoom:

965-7589-0541

O

Copia el enlace: <https://zoom.us/j/96575890541>

Recursos Adicionales

PROGRAMA DE TRABAJO COMPARTIDO LINEA DE EMERGENCIAS

¿Tiene preguntas sobre los beneficios del Programa de Trabajo Compartido o necesita ayuda para llenar los formularios?

BSP LO AYUDA, LLAME AL:

(402) 235-6677

9:00am - 5:00pm

Lunes a Viernes

Si su llamada no es atendida, por favor deje un mensaje y le devolveremos la llamada



GRACIAS

