

工作分擔計劃參加者 失業保險福利指南



本手冊由加州就業開發署(EDD)發行，包含加州失業保險法律規定的您的權利、責任及福利的一般資訊。這些資訊不包括有關法律的所有規定。有關您的申請的具體資訊，請聯繫特別理賠辦公室，電話是 1-916-464-3300。

目錄

前言	1
地址 - 特別理賠辦公室	1
工作分擔失業保險	2
<i>Notice of Unemployment Insurance Award, DE 429Z</i> (失業保險發放通知)	3
有關工作分擔計劃的問答	3
<i>Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS</i> (初次領取及支付證明)	6
摹本 - <i>Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS</i> (初次領取及支付證明)	10
填表說明 - <i>Work Sharing Certification, DE 4581WS</i> (工作分擔證明)	14
摹本 - <i>Work Sharing Certification, DE 4581WS</i> (工作分擔證明)	16
資格條件	18

請完整、仔細閱讀本手冊。

若未遵守本手冊的說明，或是沒有按指示填寫及提交表格，可能導致延誤或喪失您的工作分擔失業保險福利。

請勿依賴朋友或親戚的建議。如果您有不明白之處或是您的保險申請遇到困難，請聯繫特別理賠辦公室。

請保存本手冊，以便日後查閱。

您可以瀏覽就業開發署 (EDD) 網站 www.edd.ca.gov 獲取更多資訊，包括常見問題。

這本小冊子, *A Guide to Unemployment Insurance Benefits for Work Sharing Participants*, DE 1275WS (工作分擔參加者失業保險福利指南), 將為您提供有關加州工作分擔失業保險 (UI) 計劃的資訊。它可在 www.edd.ca.gov 獲取, 為您提供以下資訊:

- 關於工作分擔計劃的一般資訊。
- 關於工作分擔計劃的問答。
- 資格條件。
- 工作分擔表格的填寫說明。
- 工作分擔表格樣本。

DE 1275WS僅包含與工作分擔計劃有關的資訊。有關一般失業保險的資訊, 可在 www.edd.ca.gov 查閱 *A Guide to Benefits and Employment Services*, DE 1275A (福利與就業服務指南)。DE 1275A將為您提供以下各項的資訊:

- 基本申請資訊
- 撤銷失業保險申請
- 等待期
- EDD如何計算您的福利
- 基本期
- 相隔時間
- 上訴
- 核實工作權

DE 1275A包含的上述各項主題適用於工作分擔參加者。例如

- 提交每項失業保險申請後都有一段等待期, 包括工作分擔福利申請在內。
- 不論您是否為工作分擔參加者, 撤銷失業保險申請的程序都相同。

提出您的失業保險申請後, 將寄送 *Notice of Unemployment Insurance Award*, DE 429Z (失業保險發放通知)以及 *Unemployment Insurance Benefits: What you Need to Know*, DE 1275B (失業保險福利: 您需要知道什麼)。這些通知僅與一般失業保險申請有關。請保留這些資訊作為您的記錄。

仔細閱讀所有資訊, 並且保存作為日後查閱。如果提供的資訊沒有回答您的問題, 或是您需要幫助, 請透過以下的號碼聯繫就業開發署。

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

工作分擔失業保險

工作分擔計劃幫助雇主和員工避免在生意不景氣時期裁員。為此，您的雇主將把您每週的工作時間和工資至少減少10%，但不超過60%，同時不調低時薪。工作分擔福利按照工時和工資的減少比例支付。例如：

您的工作分擔計劃雇主把您正常的每週工作時間從40小時減到32小時。付給您的時薪為每小時10美元。由於工作分擔，您正常的每週工資從400美元減到320美元。這意味著您的工作時間和每週賺取的工資都減少20%。

由於您的工作時間減少20%，您賺取的工資也減少20%。每小時10美元的時薪保持不變。

雇主將決定哪些員工參加工作分擔計劃，以及在哪些週減少工作時間和工資。

雇主的工作分擔計劃獲得批准後，就業開發署 (EDD) 會將每位參加員工的「資料包」寄給雇主。當雇主決定減少某一週的正常工作時間時，將發給每位被選中參加工作分擔計劃的員工一個資料包。每個資料包中含有提出失業保險申請必需的所有文件。除DE 1275WS手冊外，資料還包括以下各項：

Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS (初次申請及支付證明)

您的雇主將填寫A部分，並把 *Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申請及支付證明) 發給您，讓您填寫B和C部分。在您的雇主填好A部分之前，請勿填寫B和C部分。

兩個印有特別理賠辦公室地址的信封

這些信封是供您寄送下兩份的 *Work Sharing Certification, DE 4581WS* (工作分擔證明)。用完這些印有地址的信封後，您要自行負責把工作分擔證明及時寄到特別理賠辦公室的正確地址。

您可在以下地方找到特別理賠辦公室的正確地址：

- *Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申請及支付證明) 第1頁
- *Work Sharing Certification, DE 4581WS* (工作分擔證明) 第2頁，以及
- 本手冊第1頁底部。

NOTICE OF UNEMPLOYMENT INSURANCE AWARD, DE429Z (失業保險發放通知)

您提出申請後，將寄給您一份 *Notice of Unemployment Insurance Award, DE429Z* (失業保險發放通知)。請仔細檢查該通知。欲瞭解關於DE 429Z的更多資訊，請瀏覽www.edd.ca.gov的「表格和出版物」(Forms and Publications)頁。

通知中有您這次領取的每週和最高福利金額。每週福利金額是您完全失業時應付的每週全部金額。將根據您每週減少的工作時間和工資的百分比，支付工作分擔福利。例如：

- 如果您每週的全部福利金額是230美元，而且您每週的工作時間和工資減少10%。
- 您將領到230美元的10% (工作時間和工資減少10%)，即23美元

如果DE 429Z中的資訊有誤，請儘早聯繫特別理賠辦公室，因為您領取的福利金額可能會有誤。

有關工作分擔計劃的問答

問: 由誰支付工作分擔福利的費用？

答: 工作分擔失業保險是由您的雇主出資的保險計劃。**不會**從您的工資中扣除任何錢來支付這些福利。

問: 我如何知道我將獲得多少工作分擔福利金？

答: 在您遞交失業保險申請之後，將寄給您一份DE 429Z。通知上寫明您的每週福利金額。將根據您每週減少的工作時間和工資，向您支付該金額的一定比例。

例如：

如果您每週的福利金額是230美元，而且您每週的工作時間和工資減少10%，將向您支付230美元的10%，即23美元。如果您每週的福利金額是150美元，而且您的工作分擔時間和工資減少30%，將向您支付150美元的30%，即45美元。

問: 我能撤銷申請嗎？

答: 寄給您DE 429Z之後，您可以選擇撤銷工作分擔加州失業保險申請。您僅可在沒有支付福利，沒有寄給您喪失資格通知書，及(或)沒有確定超額領取的情況下，才可撤銷失業保險申請。如果申請被撤銷，將不能重新開立，但您可在日後提出新申請。如果初始申請未被撤銷，52週內不能提出其他加州申請。如果您有關於申請撤銷的問題或是想撤銷您的申請，請聯繫EDD。

重要: 申請一旦撤銷，不能在同一起始日重新建立。

問: 會從我的工作分擔福利中預扣聯邦稅嗎？

答: 如果您希望預扣申請表上寫明週數的聯邦所得稅，請填寫申請表上的回答欄。如果您不想要預扣稅，則將此欄留白。這個選擇完全自願；並未規定您必須從福利中預扣稅。

問: 工作分擔計劃的參加者需要一週的等待期嗎？

答: 是的，加州法律規定每個人完成經歷**沒有福利**的一週等待期。在每個**52週**的申請年度，只有一個等待期。等待週通常是您的福利年度中本可領取福利的**第一週**（本可領取意指若不是由於等候期的要求，您在各方面應當有資格領取福利）。

問: 如果我遭到資遣，我還能使用工作分擔申請嗎？

答: 如果您遭到資遣連續三週以上，特別理賠辦公室將寄給您有關您的福利說明和資訊。您的申請在一年內有效，並可在參加工作分擔計劃期間使用，或是用來領取全部或部分的失業保險福利。領取全部或部分的失業保險福利期間，您的申請將適用失業保險（而非工作分擔計劃）的一般規定。請參考**DE 1275A**和**DE 1275B**。

問: 由誰負責把工作分擔證明寄給特別理賠辦公室？

答: 由您負責把工作分擔證明寄給特別理賠辦公室。然而，有些雇主替員工把填好的證明寄給特別理賠辦公室。不論由誰寄出，證明都必須在雇主給您簽發的日期之後**14天**內蓋上郵戳寄出。

問: 我的雇主何時給我工作分擔證明？

答: 您的雇主會在您減少工作時間和工資的那第一個星期結束後，給您簽發工作分擔證明。證明必須在工作分擔週結束之後**14天**內簽發。

問: 我應當打電話給誰查詢是否已經發放福利？

答: 請等待**10天**再向**EDD**查詢您的付款。如果**10天**之後您還沒有收到付款，您可以打電話給**EDD**的自動電話**1-866-333-4606**。如果自動電話告知您付款已發放，請聯繫特別理賠辦公室，電話是**916-464-3300**。

問: 如果我的借記卡遺失或被盜，應該怎麼辦？

答: 立即撥打**1-866-692-9374**聯繫美國銀行 (Bank of America)。

問: 如果我沒有上班，我的工作分擔福利是否受影響？

答: 如果您沒有上班而且您的缺勤沒有得到批准，或是您不能接受您的工作分擔雇主分配給您的所有工作，您的福利可能會受影響。

問: 我是否可以為我的工作分擔雇主之外的其他雇主兼差？

答: 可以，但是任何來自您的工作分擔雇主之外的其他雇主的工資收入，將如數從您的工資分擔福利中扣除。請仔細填寫您的證明表格，並寫明任何來自您的工作分擔雇主之外的其他雇主的工資收入。如果沒有包括來自您的工作分擔雇主之外的其他雇主的工資收入，可能會收回向您超付的金額並處以罰金。EDD 有欺詐偵測系統。如果您沒有申報工作週的所有工資收入，但是領取了福利，您將受到調查。如果EDD認定您不申報工資收入構成欺詐，將要求您退還超付的福利，而且您可能面臨行政和(或)刑事處罰及利息。

問: 如果我被拒絕工作分擔福利，能怎麼辦？

答: 您可以就EDD的任何書面決定提出上訴。您必須書面提出上訴，並寫明您不同意決定的理由。您可以將填好的 *Employment Development Department Appeal Form, DE 1000M* (就業開發署上訴表)或信件郵寄給「*決定通知書*」上的地址，提出上訴。上訴信必須寫明您的姓名、社會安全號碼以及您不同意決定的理由。

從決定之日起，您可以在30天內提出及時上訴。即使您錯過30天的最後期限，您仍可上訴。您必須寫明您的上訴為何延誤。上訴時，將要求您表明延誤上訴的合理原因。如果沒有表明延遲30天以上的合理原因，行政法官可能駁回您的上訴。

上訴辦公室將會通知您聽證日期、時間和地點。由一名行政法官執行您的聽證。聽證之前，您有權查閱檢查影響上訴的所有記錄。每個人都會宣誓作證。所有證言都會被記錄，並可能接受交叉質詢。行政法官將會郵寄裁決。**如果您住其他州，上訴聽證將透過電話進行。您不必到加州參加上訴聽證。**

如果您不同意行政法官的決定，您可以向加州失業保險上訴委員會提出上訴。

備註：如果您對喪失資格提起上訴，您必須在上訴待決期間繼續證明福利資格。您必須郵寄紙張的 *Work Sharing Certification, DE 4581WS* (工作分擔證明)。如果行政法官認定您有資格，將僅向您支付您做出證明並符合所有其他資格要求各週的福利。

**填表說明 – INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS
(初次申請及支付證明)**

Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS (初次申請及支付證明)

有英文和西班牙文版。您必須在您的工作分擔雇主給您簽發表格證明之日後14天內填好證明，並寄給特別理賠辦公室。如果工作分擔雇主選擇為您將證明寄給EDD，雇主也必須及時寄出。

填寫*Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申請及支付證明)的B和C部分時，請遵循以下說明。(您開始填寫B和C部分之前，您的雇主必須填寫您的姓、名、社會安全號碼和A部分)。如果您對填寫B和C部分有任何疑問，請立即聯繫特別理賠辦公室。

INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS (初次申請及支付證明) – B 部分(申請者證明)

問題 1. – 您是否為您的工作分擔雇主之外的任何人工作？(這包括自雇。)

在「是」或「否」一格打勾，以表示您是否為工作分擔雇主之外的任何人工作，包括自雇。

例子： 您從早上7點到中午12點為您的工作分擔雇主工作，並從下午2點到5點為另一位雇主工作。這個例子的正確填法為「是」

例子： 您在工作分擔雇主提供的工作時間內工作。您也在業餘時間做上門推銷員。這一例子的正確填法為「是」。

問題 1.a. – 如果是，填寫雇主的名稱、地址以及本週最後一個工作日的日期。

如果在問題1中的「是」打勾，填寫*第二雇主的名稱、地址和本週最後一個工作日的日期。如果您在為工作分擔雇主工作之餘自營業務，請在第二雇主名稱一行填寫「自雇」。

*當您參加一個雇主的工作分擔計劃，並同時為另一個雇主工作，提供另一份工作的雇主視為第二雇主。

問題 1.b. – 填寫來自於自雇或其他就業在各項扣除之前的工資額，不論是否已支付給您。

填寫各項扣除之前來自第二雇主、自營業務或陪審任務的總工作收入，不論是否已支付給您。根據表格上的起始和結束日星期，而不是根據第二雇主的支付期來申報總工作收入。

問題 1.c. – 您是否繼續為該雇主工作？

在「是」或「否」一格打勾，以表明您是否繼續為該第二雇主工作，或是您仍然自營業務或有陪審任務。如果否，寫明工作結束的原因。

INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS

(初次申請及支付證明) – B 部分 (申請者證明)

問題 2. – 如果您想預扣A部分所述星期的聯邦所得稅，請在此格打勾。

如果您在此格打勾，預扣金額將為該星期支付的工作分擔福利金的15%，但是將在減去所有規定的扣除金額或超額付款抵銷之後再扣減。例如：

工作分擔支付額：	\$40.00
支付額的百分之十五：	\$6.00
您得到的付款：	\$34.00

如果您沒有在此格打勾，將不會預扣福利的任何聯邦所得稅。不論您做何決定，您的選擇的有效期限僅持續到您寄出下一張證明表格為止。

請仔細閱讀證明資料。在證明上簽名並寫上日期。(簽名必須是原件，複印的簽名不予接受。)

INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS

(初次申請及支付證明) – C 部分 (申請者資訊)

填寫姓、名、中間名首字母、出生日期和性別。

問題 1. – 這張表上使用的姓名是否和您的社會安全卡的姓名相同？回答是或否。

如果否，填寫您的社會安全卡的姓名（姓、名、中間名首字母）。

問題 1.a. – 列出您用過的其他姓名和（或）社會安全號碼。

問題 2. – 請填寫您的郵寄地址、單元/公寓、市、郵遞區號及電話號碼。

問題 2.a. – 如果否，填寫您的住址。（填寫您所在的市、州、郵遞區號和公寓號碼。）

備註： 郵政信箱不是住址。

問題 3. – 過去兩年中，您是否曾向加州政府提出失業保險或殘障保險申請？回答是或否。

如果是，列出申請的類型及提出申請的日期。

問題 4. – 過去18個月中，您是否曾為聯邦政府機構工作或在軍隊服役？回答是或否。

問題 5. – 過去18個月中，您是否曾在加州之外的其他州工作？回答是或否。如果是，請填寫州名。

問題 6. – 過去12個月中，您是否曾在其他州申請過失業保險福利？回答是或否。

問題 7. – 您是否持有駕照或身份證？回答是或否。如果是，請填寫發證州名以及您的駕照或身份證號碼。

INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS

(初次申請及支付證明) – C 部分 (申請者資訊)

問題 8. – 您是否為美國公民或國民？回答是或否。

如果否，回答以下問題：

- a. 您是否在美國公民與移民局 (USCIS, 前稱INS) 登記並獲授權在美國工作？回答是或否。
- b. 您的USCIS證件名稱是什麼？在適當方格打勾。
- c. 請填寫您的文件上的外國人登記或授權號碼。
- d. 請填寫您的工作授權期滿日。
- e. 過去19個月中，您是否依法有權在美國工作？回答是或否。

問題 9. – 您是否正在領取或將在明年領取社會安全或鐵路退休之外，基於您自己的工作或工資的退休金？回答是或否。

- a. 如果是，請填寫由誰付給您退休金的資訊。
- b. 您如何領取退休金？回答每月、每年或一次付清總額。
- c. 您是否曾為您的退休金供款？回答是、否或不確定。
- d. 您在過去18個月工作過的雇主是否為您的退休金供款？回答是、否或不確定。如果是，請填寫為退休金供款的公司名稱。

問題 10. – 按照從最近到最早的順序，列出過去18個月您工作過的雇主。

在另一張紙上列出其他雇主。確保填寫這個問題要求的相同資訊。

(備註：支付方式；請寫明按小時、按天、按週、按月、佣金或計件。)

問題 11. – 請填寫您工作時間最長的雇主資訊。

- a. 請填寫這個雇主經營的業務類型。(請具體填寫，例如餐館、乾洗、建築、書店等)
- b. 請填寫您為這個雇主所做的工作類型。(請具體填寫，例如出納、勞工、管道工等)
- c. 請填寫您為這個雇主工作的年數和 (或) 月數。

問題 12. – 現在或過去18個月，您是否擔任過公司官員或是公司的唯一或主要股東？回答是或否。

問題 13. – 您是否正在領取或是預計領取工傷賠償？回答是或否。

如果是，請填寫保險公司及可能時的個案號碼。

問題 14. – 選擇您首選的書面資料語言。選擇英語或西班牙語。

問題 15. – 選擇您首選的口頭語言。選擇英語、西班牙語或其他。如果您選擇其他，請填寫您的首選語言。

選答問題

問題 16. – 選擇您認同的種族或族裔。在適當的方格打勾，或是選擇不回答。

問題 17. – 您是否有殘障？請在是、否打勾或是選擇不回答。（殘障是嚴重限制一種或一種以上日常活動的身體或精神障礙，例如照護自己、完成手動任務、步行、看、聽、說、呼吸、學習或工作。）

仔細閱讀證明的資訊。在證明上簽名並寫明日期。（簽名必須是原件；複印的簽名不予接受。）

您的雇主給您簽發之日起14個工作日（雇主的工作日）內，把填好的 *Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS*（初次申請及支付證明）寄到特別理賠辦公室。特別理賠辦公室的郵寄地址請見第1頁。

重要：

- 寄出前檢查您的證明表格。您是否回答了所有的問題？您是否已在表格上簽名？
- 用完資料包中提供給您的兩個信封之後，由您負責提供自己的信封。此外，確保信封寫明特別理賠辦公室的正確地址。
- 在信封上貼上正確的郵資並註明您的回信地址。
- 預計從您寄出證明後需要10天到收到付款。
- 如果您有任何疑問，請聯繫特別理賠辦公室。

INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS
 (初次申請及支付證明) - 第一頁



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:																		
<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>																				
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"/>																		
<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>_____</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-collapse: collapse;"> <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>			Date	Hours	Date	Hours	Date	Hours	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<input type="text"/>	___ / ___ / ___	<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"/>															
<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>																				
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
(初次申請及支付證明) - 第二頁

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.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, state the reason: _____ _____	
2. If you want federal income tax withheld for the week shown in Section A mark this box: <input type="checkbox"/>	
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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

INITIAL CLAIM AND PAYMENT CERTIFICATION, DE 4511WS
(初次申請及支付證明) - 第三頁

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:

<input type="checkbox"/> Alien Registration Receipt Card (I-151)	<input type="checkbox"/> Temporary Resident Card (I-688)
<input type="checkbox"/> Permanent Resident Card (I-551)	<input type="checkbox"/> Arrival/Departure Record (I-94)
<input type="checkbox"/> Employment Authorization Card (I-688A)	<input type="checkbox"/> Re-entry Permit (I-327)
<input type="checkbox"/> Employment Authorization Document (I-688B)	<input type="checkbox"/> Refugee Travel Document (I-571)
<input type="checkbox"/> Stamp on VISA	<input type="checkbox"/> Unexpired Foreign Passport
<input type="checkbox"/> Employment Authorization Card (I-766)	<input type="checkbox"/> 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: ____ / ____ / ____	\$ _____	_____

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: _____

填表說明 – *WORK SHARING CERTIFICATION, DE 4581WS* (工作分擔證明)

The Work Sharing Certification, DE 4581WS (工作分擔證明) 由您的雇主簽發給您。您的雇主必須填寫第1頁。如果第1頁沒有填好，請把證明退還給您的雇主。

The Work Sharing Certification (工作分擔證明) 有英文和西班牙文版。您必須在工作分擔雇主簽發給您的日期之後14天內填好證明，並寄到特別理賠辦公室。如果您的工作分擔雇主選擇替您把證明寄到特別理賠辦公室，您的雇主也必須及時寄出。

The Work Sharing Certification (工作分擔證明) 不是由EDD用電腦產生，而是由您的工作分擔雇主簽發的。您的雇主選擇哪些星期是工作分擔週，以及哪些員工參加工作分擔計劃。

工作分擔福利金由特別理賠辦公室根據兩種不同的證明表格簽發：*Initial Claim and Payment Certification, DE 4511WS* (初次申請及支付證明) 和 *Work Sharing Certification, DE 4581WS* (工作分擔證明)。DE 4581WS用來核准福利金的支付或是證明遞交失業保險申請後的等待期。

填寫 *The Work Sharing Certification* (工作分擔證明) 第2頁時，請遵照以下的說明。「第一週」指第1頁第一欄填寫的結束日期的星期，「第二週」指第1頁第二欄填寫的結束日期的星期。如果您對填寫第2頁有任何疑問，請立即聯繫特別理賠辦公室。

填表說明 – *WORK SHARING CERTIFICATION, DE 4581WS* (工作分擔證明)

問題 1. – 您的地址或電話號碼在本週是否有改變？回答是或否。

如果您在被證明的星期內搬家或改變電話號碼，請在「是」一格打勾。如果您在被證明的星期內沒有搬家或改變電話號碼，請在「否」一格打勾。

問題 1.a. – 如果是，請填寫您的新地址和/或電話號碼。

問題 2. – 您是否為您的工作分擔雇主之外的任何人工作？(這包括自雇或第二雇主)。回答是或否。

問題 2.a. – 如果是，請填寫自雇或是其他雇主的名稱、地址及本週最後一個工作日的日期。

問題 2.b. – 填寫來自您的非工作分擔雇主在各項扣除之前的工資額，不論是否已支付給您。也填寫自雇或陪審任務的工作收入。根據表格上的起始和結束日星期申報總工作收入，而不是根據第二雇主的支付期。

問題 2.c. – 您是否繼續為其他雇主工作？回答是或否。

問題 2.d. – 如果否，填寫結束工作的理由。

問題 3. - 如果您想預扣第1頁顯示星期的聯邦所得稅，在該格打勾。

如果您在本格打勾，預扣金額將為該星期支付的工作分擔福利金的15%，但是將在減去所有規定的扣除金額或超額付款抵消之後才預扣。例如：

工作分擔支付額：	\$40.00
支付額的百分之十五：	\$6.00
您得到的付款：	\$34.00

如果您沒有在該格打勾，將不會預扣福利的任何聯邦所得稅。不論您做何決定，您的選擇的有效期限僅持續到您寄出下一張證明表格為止。

請仔細閱讀證明資訊。在證明上簽名並寫上日期。(簽名必須是原件，複印的簽名不予接受。)

您的雇主給您簽發之日起14個工作日（雇主的工作日）內，把填好的 *Work Sharing Certification, DE 4581WS*（工作分擔證明）寄到特別理賠辦公室。特別理賠辦公室的郵寄地址請見第1頁。

重要：

- 寄出前檢查您的證明表格。您是否回答了所有的問題？您是否已在表格上簽名？
- 用完資料包中提供給您的兩個信封之後，由您負責提供自己的信封。此外，確保信封寫明特別理賠辦公室的正確地址。
- 在信封上貼上正確的郵資並註明您的回信地址。
- 預計從您寄出證明後需要10天收到付款。
- 如果您有任何疑問，請聯繫特別理賠辦公室。



INTERVIEWER'S
INITIALS
(EDD) USE ONLY)

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

LAST NAME _____	FIRST NAME _____	SOCIAL SECURITY NUMBER _____
-----------------	------------------	------------------------------

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): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> Date(s) _____ Hours _____ 02/05/05 2 </div> <div style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"> _____ _____ _____ _____ _____ </div> <div style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;"> _____ _____ _____ _____ _____ </div> </div>	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: _____		
<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 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).</p>		
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)**

	WEEK ONE	WEEK TWO
1. Did you have a change of address or telephone number during this week? 1.a. If yes , enter your new address and/or telephone number.	Answer the following questions for the week ending date entered under "Week One" on the reverse side of this form. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Address: _____ _____ Telephone: () _____	Answer the following questions for the week ending date entered under "Week Two" on the reverse side of this form. <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. If yes , 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 other employer?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2.d. If no , 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

資格條件

除非您符合所有領取工作分擔福利的資格，否則不能向您支付工作分擔福利。如果對您的資格有疑問，特別理賠辦公室會與您或您的工作分擔雇主聯繫，要求澄清或瞭解額外的資訊。

工作分擔計劃要求雇主和參加的員工都符合資格標準。以下是工作分擔雇主為了讓他們的參加員工符合工作分擔福利資格所必須達到的資格標準：

1. 雇主必須是在加州合法註冊的企業，並具備有效的加州雇主帳號。
2. 至少**10%**的雇主長期員工或員工工作單位，至少兩名員工，受到工作時間和工資減少的影響。
3. 員工減少的工作時間和工資，至少必須達到**10%**，但**不得超過60%**
4. 必須按照工作時間和工資減少之前的相同條款和條件，或是按照沒有參加工作分擔的其他員工的相同限度，繼續執行**員工醫療福利**。除非減少同等適用於沒有參加工作分擔的員工，減少參加工作分擔的員工醫療福利的雇主將沒有資格參加工作分擔計劃。
5. 必須按照工作時間和工資減少之前的相同條款和條件，或是按照沒有參加工作分擔的其他員工的相同限度，繼續執行**員工退休福利**。除非減少同等適用於沒有參加工作分擔的員工，否則減少參加工作分擔的員工退休福利的雇主將沒有資格參加工作分擔計劃。
6. 談判單位的員工的集體談判代理人，必須同意自願參加工作分擔計劃，並且必須在工作分擔申請表上簽名。
7. 雇主必須確定工作分擔計劃所涵蓋的受影響工作單位，並且**確定每名參加的員工的全名及社會安全號碼**。
8. 雇主必須提前把參加工作分擔的意圖通知員工。
9. 雇主必須確定將透過參加工作分擔計劃**避免資遣多少人**。
10. 雇主必須向EDD提供適當執行工作分擔計劃相關的任何必要申報或文件。

如果您的工作分擔雇主不符合以上標準：

- 雇主的工作分擔計劃可能被終止，及(或)
- 您可能不符合享受工作分擔福利的資格。

以下是員工為了享受工作分擔福利所必須達到的資格標準：

1. 隨時可以接受工作分擔雇主提供的工作。
2. 在簽發日之後**14**天內，將工作分擔雇主簽發給您的任何證明表格提交特別理賠辦公室。
3. 是工作分擔雇主的正式員工。
4. 為工作分擔雇主做完正常（不減少工作時間或工資）的工作週之後，才參加工作分擔計劃。
5. 基本期季度的工資符合普通加州失業保險領取資格。欲瞭解有關基本期的更多資訊，請參考**www.edd.ca.gov**上的DE 1275A。
6. 您的每週工作時間和工資必須最少削減**10%**，但不得超過**60%**。
7. 如果您從工作分擔雇主那裡辭職或被解雇，您將不再有資格享受工作分擔福利。就業開發署將根據您的離職原因，決定您是否有資格享受普通失業保險福利。

備註：您的工資率沒有減少。您的每週工資減少**10%**，因為您的工作時數減少了**10%**。例如：

您的工作分擔雇主把您在正常工作週的工作時間從**40**小時減少到**32**小時。
您的時薪是每小時**10**美元。您每週的正常工資將因工作分擔而從**400**美元減少到**320**美元。這樣，您每週的工作時間和每週所得工資均減少**20%**。

因為您的工作時間減少了**20%**，您的所得工資也減少了**20%**。您的時薪仍保持每小時**10**美元。

如果不符合上述標準，就不能領取工作分擔福利。如果您不符合領取福利的資格，您將收到一份通知書，解釋您為什麼沒有資格享受工作分擔福利。通知書也將告訴您有關上訴的權利。

您也必須申報來自您的工作分擔雇主之外的雇主的所有工作和總收入。必須申報所有工作和（或）工作收入，包括領取下列的付款類型。**EDD**將審計所有的失業保險福利，以偵測欺詐行為。如果您因為未向**EDD**提供正確資訊而領取福利，您可能被起訴並被拒付目前和未來的福利。

- 補發工資
- 陪審員費
- 遣散費
- 獎金
- 帶薪病假
- 罷工福利
- 佣金
- 退休金
- 小費
- 節日工資
- 計件工作
- 假期工資
- 待工期工資
- 播出費/保留費用
- 證人費
- 代通知金
- 自雇收入
- 工傷賠償金

您必須申報您領取的代替工作報酬的住宿和餐飲或其他任何報酬。如果您不確定如何申報工資，請聯繫**EDD**。



加州

勞工與就業開發部

就業開發署

就業開發署EDD是同等機會的雇主／計劃。殘障者可要求輔助式幫助和服務。要求服務、幫助和（或）需要替代格式，請致電1-800-547-3506（語音）或TTY 1-800-815-9387提出。