

## Asistencia para el Reempleo

### Servicios de Reclamos Masivos SOLICITUD DE PRESTACIONES

**POR FAVOR ESCRIBA CLARO**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Utilice una dirección de correo electrónico a la que tenga acceso fuera de la oficina DD/MM/AAAA

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza (escoja una):  Blanco  Afroamericano  Latino  Americano Nativo  Asiático  Otra \_\_\_\_\_

Declaro, bajo pena de perjurio, que yo (marcar):  soy ciudadano o nacional de Estados Unidos  
 Tengo una autorización de trabajo válida **Registro de Extranjeros #:** \_\_\_\_\_

Nivel educativo más alto terminado \_\_\_\_\_ ¿Se encuentra estudiando o capacitándose en la actualidad?  Sí  NO

¿Está capacitado y disponible para trabajar en horario completo?  Sí  NO Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Se encuentra percibiendo una **pensión**?  Sí  NO En caso afirmativo, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Está percibiendo **indemnización por despido**?  Sí  NO En caso afirmativo, ¿monto bruto\*? \_\_\_\_\_

¿Está percibiendo **salario vacacional**?  Sí  NO En caso afirmativo, ¿monto bruto\*? \_\_\_\_\_

¿Está percibiendo **licencia por enfermedad**?  Sí  NO En caso afirmativo, ¿monto bruto\*? \_\_\_\_\_

¿Está percibiendo **pago por días festivos**?  Sí  NO \*monto bruto imponible

¿Desea que se realice la retención impositiva federal sobre sus prestaciones?  Sí  NO

¿Solicitó prestaciones por desempleo en los últimos 12 meses?  Sí  NO

**Empleador Actual** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

Primer día de trabajo \_\_\_\_\_ Último día de trabajo \_\_\_\_\_ Razón de la desvinculación \_\_\_\_\_

Antes de mi último día de trabajo, se me indicó que volveré a trabajar el \_\_\_\_\_.

**Empleador Anterior** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Primer día de trabajo \_\_\_\_\_ Último día de trabajo \_\_\_\_\_ Razón de la desvinculación \_\_\_\_\_

**Empleador Anterior** \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Primer día de trabajo \_\_\_\_\_ Último día de trabajo \_\_\_\_\_ Razón de la desvinculación \_\_\_\_\_

Por la presente, solicito Prestaciones de Asistencia para el Reempleo (desempleo) y solicito que la División de Asistencia para el Reempleo (RA por sus siglas en inglés) determine el monto de las prestaciones que podré recibir si cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por la ley. **Comprendo que la ley establece multas, la pena de prisión o ambas, además de la descalificación y el reembolso de las prestaciones si yo, de forma intencional, no divulgare información o prestara falso testimonio para obtener un incremento en las prestaciones recibidas.** Comprendo que recibiré una determinación monetaria sobre las prestaciones, que representa el período inicial que determina el monto semanal de mis prestaciones. Asimismo, comprendo que:

- Si no vuelvo a trabajar en la fecha de retorno al trabajo establecida o si me niego a solicitar o aceptar trabajo tal y como se me indique, es posible que se me nieguen las prestaciones luego de esa fecha.
- Si trabajo durante una semana en la que me encuentro recibiendo prestaciones, debo notificar de toda mi ganancia bruta sin importar si recibí el pago o aún no.

Declaro que la información que brindé en relación a la presente solicitud de prestaciones y en el informe de hechos es completa y correcta.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_