

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y REGULACIÓN DE SOUTH DAKOTA
ASISTENCIA PARA LA REINSERCIÓN LABORAL

P.O. Box 4730, Aberdeen, SD 57402

Fax: 605.626.3172

raclaims.sd.gov

SOLICITUD DE RETROACTIVIDAD Y DE PRESENTACIÓN TARDÍA

NOMBRE DEL RECLAMANTE: _____ Número de seguro social: _____

Fecha actual de entrada en vigor de la reclamación: _____ Fecha de inicio de la solicitud de retroactividad de
La fecha efectiva está en su determinación monetaria (debe ser un domingo): _____ **SOLO SOLICITUD DE RETROACTIVIDAD**
El domingo después de la primera semana

SECCIÓN A:	Fecha de final de semana: (Sábado)	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Durante la semana que terminó en dicha fecha en la fila de arriba, ¿trabajó para un empleador o en forma independiente? (En caso afirmativo, añada la información de cada empleador en la página 2)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, pase a la sección B (Empieza con el pago de días festivos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, pase a la sección B (Empieza con el pago de días festivos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, pase a la sección B (Empieza con el pago de días festivos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, pase a la sección B (Empieza con el pago de días festivos)
Número total de horas trabajadas durante la semana (con todos los empleadores o el trabajo independiente):	_____ hrs	_____ hrs	_____ hrs	_____ hrs
Monto total bruto de los salarios que ganó en dólares y centavos (antes de las deducciones): (Combine todos los salarios ganados esta semana antes de cualquier deducción y/o ganancias de trabajo independiente después de los gastos) (Si trabaja en forma independiente, utilice el monto neto)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Si trabajó pero no tuvo ganancias, ¿fue porque intentó ventas a comisión, fue un trabajador independiente o tiene otras horas no pagadas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sigue trabajando para este empleador?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN B: ¿Recibió o recibirá algo de lo siguiente para esta semana?

¿PAGO DE DÍAS FESTIVOS?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto
¿PAGO DE VACACIONES O VACACIONES ANUALES?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto
¿PAGO POR ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto
¿INDEMNIZACIÓN POR DESPIDO/SALARIO POR FALTA DE PREAVISO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, monto bruto

¿Comenzará a recibir una pensión, pagos por discapacidad o compensación de trabajadores o cambió la cantidad previamente reportada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique en observaciones
¿Está disponible para volver a trabajar para su empleador habitual?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Era usted física y mentalmente capaz de trabajar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique en observaciones
¿Estaba disponible para aceptar un trabajo si se le ofrecía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique en observaciones
¿Rechazó alguna oferta de trabajo o recomendación para trabajar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique en observaciones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique en observaciones
¿Comenzó la escuela o cambió su horario de clases durante la semana?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SI NO SE RESPONDE A NINGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, SE RETRASARÁ LA TRAMITACIÓN DE ESTA RECLAMACIÓN.

NO PUEDE SOLICITAR LA RETROACTIVIDAD HASTA QUE HAYA RECIBIDO UNA DETERMINACIÓN MONETARIA.

CERTIFICACIÓN: Certifico que mis declaraciones son verdaderas y correctas y soy consciente de las penalidades por todas las declaraciones falsas en mi reclamación.

Firma del reclamante _____ Fecha: _____

Para firmar electrónicamente este formulario, deberá abrirlo en un Adobe Reader (no en un navegador web) O utilizar su dispositivo móvil O imprimir y firmar con tinta.
 Las instrucciones de envío están en la página 2.

Si ha trabajado durante esta semana, complete la siguiente información. Si necesita más empleadores, utilice el cuadro de observaciones.

Nombre del empleador: _____ ¿Sigue trabajando? Sí NO

Trabajó: _____ hrs por semana: _____ Y _____ hrs por semana: _____ Y _____ hrs por semana: _____
(fecha de final de semana) (fecha de final de semana) (fecha de final de semana)

Salarios: Tarifa por hora: _____ Total de salarios (incluidas las propinas): _____

Dirección de empleador: _____

Nombre del empleador: _____ ¿Sigue trabajando? Sí NO

Trabajó: _____ hrs por semana: _____ Y _____ hrs por semana: _____ Y _____ hrs por semana: _____
(fecha de final de semana) (fecha de final de semana) (fecha de final de semana)

Salarios: Tarifa por hora: _____ Total de salarios (incluidas las propinas): _____

Dirección de empleador: _____

Nombre del empleador: _____ ¿Sigue trabajando? Sí NO

Trabajó: _____ hrs por semana: _____ Y _____ hrs por semana: _____ Y _____ hrs por semana: _____
(fecha de final de semana) (fecha de final de semana) (fecha de final de semana)

Salarios: Tarifa por hora: _____ Total de salarios (incluidas las propinas): _____

Dirección de empleador: _____

OBSERVACIONES: Razón por la que se solicita la retroactividad o la presentación tardía. (Adjunte una hoja adicional si es necesario):

Envíe el formulario completo a:

Correo
DLR RA Benefits
PO Box 4730
Aberdeen SD 57402-4730

Correo electrónico: DLRRAClaims@state.sd.us

**Nota: Hay dos "R" en esta dirección de correo electrónico*