

CUESTIONARIO DE LA REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD

Nombre de Reclamante (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____ Núm. de reclamo: _____

1. Indique el tipo(s) de trabajo que busca y cuánta experiencia tiene en cada uno

_____	Años: _____	Meses: _____
_____	Años: _____	Meses: _____
_____	Años: _____	Meses: _____

2. Indique el tipo de trabajo que hizo para su último empleador de tiempo completo: _____

Sueldo \$ _____ Por hora Semanal Mensual Duración del empleo: _____

3. Sueldo mínimo que está dispuesto a aceptar para un nuevo trabajo: _____ Por: Hora Semana Mes

4. Indique turno(s) que está dispuesto y puede trabajar: Turno de día Turno de tarde Turno de noche

5. Indique días que está dispuesto y puede trabajar: DOM. LUN. MAR. MIÉR. JUE. VIER. SÁB.

6. Indique el número de millas que está dispuesto y puede viajar al trabajo: _____

7. Indique los medios de transporte que ahora utiliza: Automóvil propio Autobús Bicicleta Caminar

Otro (*Especifique*): _____

	SÍ	NO
8. ¿Tiene niños o alguna otra persona que requiere atención que le impedirá aceptar empleo de tiempo completo? En caso afirmativo, por favor explique:		
9. ¿Tiene fecha definitiva para regresar a un empleo? En caso afirmativo, Fecha: Nombre y dirección del empleador (<i>Núm., calle, ciudad, estado, CP</i>):		
10. ¿Obtiene trabajo sólo mediante un sindicato? En caso afirmativo, ¿está usted en la lista de aquellos sin empleo? En caso afirmativo, La fecha más reciente de inscripción: Nombre de la unión: Núm. de local:		
11. ¿Necesita usted una licencia especial para trabajar (p. ej. chofer, peluquero, enfermera, bienes raíces)? En caso afirmativo, La fecha cuándo se vence: Tipo de licencia:		
12. ¿Es o ha estado en algún tipo de negocio, un funcionario corporativo, trabajando a comisión, haciendo trabajos esporádicos, trabajando a tiempo parcial o completo? En caso afirmativo, por favor explique:		
13. ¿Asiste o planea asistir a la escuela, o ha asistido en los últimos seis meses? En caso afirmativo, Nombre de la escuela: Días/Horas de asistencia:		
14. ¿Recibe o ha solicitado jubilación o algún otro tipo de pensión o anualidad (además del Seguro Social)? En caso afirmativo, Nombre/Tipo: Cantidad:		
15. ¿Tiene una condición física o discapacidad que limitaría su capacidad para trabajar a tiempo completo ahora? En caso afirmativo, por favor explique:		
16. ¿Hay alguna razón por la que no puede aceptar trabajo de tiempo completo ahora? En caso afirmativo, por favor explique:		

CERTIFICACIÓN: He contestado estas preguntas con el propósito de obtener beneficios de Seguro por Desempleo, sabiendo que la ley establece sanciones por hacer declaraciones falsas. Entiendo que tengo que revisar este formulario por cada semana que reclame beneficios y si la información que he proporcionado cambia, tengo informar inmediatamente de estos cambios a mi oficina local de Seguro por Desempleo.

Firma del reclamante: _____ Fecha: _____

Firma del diputado: _____ Fecha: _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office