

SOLICITUD INICIAL DE ASISTENCIA PARA DESEMPLEADOS POR DESASTRE

Ley de Ayuda en Desastres de 1974

FOR OFFICE USE (SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA)

L.O. NO. _____ SOC. SEC. NO. _____ FEMA NO. _____ DATE FILED _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante (Apellido, Nombre, S.I.) _____ Último día trabajado _____

Dirección postal (Núm., Calle o P.O. Box) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

FIPS _____ Núm. de tel. _____ Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año) _____

Sexo: Masculino Femenino Étnico Estudiante: Sí* No Discapacitado: Sí No Prefiere no responder

Ciudadano estadounidense: Sí No Si contesto "No", el Número de Registro de Extranjero _____

A. SOLICITANTES QUE TRABAJAN POR CUENTA PROPIA

En el momento del desastre:

1. a. ¿Trabajaba por cuenta propia? Sí No (Si todos los ingresos provienen de un negocio o granja incorporada, seleccione "No")

Si contesto "Sí", ¿fecha en que empezó el trabajo por cuenta propia? _____

b. Si no trabajaba por cuenta propia, ¿iba a comenzar a trabajar por cuenta propia? Sí No

2. ¿Alguno de sus ingresos del trabajo por cuenta propia provenía de una empresa en la que era socio? Sí No

3. a. ¿Este trabajo por cuenta propia requería alguna parte de su tiempo para la prestación de servicios? Sí No

Si contesto "Sí", explique:

b. Número promedio de horas semanales de trabajo por cuenta propia antes del desastre: _____

c. Número de horas semanales trabajadas de trabajo por cuenta propia después del desastre: _____
(Sin incluir la limpieza o reparaciones relacionadas con el desastre)

4. Además de este trabajo por cuenta propia, ¿tiene otro trabajo? Sí No

Si es así, el trabajo: _____ Horas por semana _____ Ganancia bruta por semana \$ _____

Impacto del desastre en este trabajo: _____

B. SOLICITANTES EMPLEADOS

Como resultado del desastre:

1. ¿Se cerró su lugar de trabajo? Sí No

Si contesto "Sí", razón del cierre: _____

Fecha del cierre _____ Fecha de reapertura _____

2. ¿Pudo llegar a su lugar de trabajo? Sí No

C. TODOS LOS SOLICITANTES

1. ¿Estuvo lesionado como resultado del desastre? Sí No

2. ¿Se convirtió en el jefe de familia debido a una muerte causada por el desastre? Sí No

3. ¿Empezaría un nuevo trabajo? Sí No

Si contesto "Sí", fecha cuando iba comenzar a trabajar: _____

Razón por la que no pudo comenzar: No podía llegar al trabajo Negocio cerrado Otra*

Salario que recibiría \$ _____ por _____ . Número de horas por semana que iba a trabajar _____

Nombre y dirección del posible empleador: _____

Condado _____ Número de teléfono _____ FIPS _____

*Explique en la sección de "Comentarios"

Vea la página 2 para las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA

D. NOMBRE DEL EMPLEADOR (O NEGOCIO) AL MOMENTO DEL DESASTRE

Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
 FIPS _____ Núm. de tel. _____ Ocupación con este empleador _____
 Próxima fecha que habría trabajado si no fuera por el desastre (Mes, Día, Año.) _____

E. OTRA COMPENSACIÓN

¿HA SOLICITADO O RECIBIRÁ	SOLICITÓ		RECIBE			CANTIDAD MENSUAL	TIEMPO CUBIERTO (Mes, Día, Año)	
	SÍ	NO	SÍ	NO	Pendiente		DE	A
Algún UI Estatal, Federal o ferroviario?	SÍ	NO	SÍ	NO	Pendiente	\$		
Compensación por discapacidad o enfermedad?	SÍ	NO	SÍ	NO	Pendiente	\$		
Seguro privado de protección de ingresos?	SÍ	NO	SÍ	NO	Pendiente	\$		
Pago de vacaciones, días festivos, enfermedad o indemnización por despido?	SÍ	NO	SÍ	NO	Pendiente	\$		
Beneficios de pensión o jubilación?	SÍ	NO	SÍ	NO	Pendiente	\$		

F. TRABAJO POR CUENTA PROPIA O TRABAJO DEL SOLICITANTE

PERIODO BASE: Año fiscal de _____ (Año fiscal más reciente que ha finalizado antes de la separación relacionada al desastre)

- Trabajo por cuenta propia: Incluya todos los ingresos netos del trabajo por cuenta propia no incorporado.
No incluya los ingresos que están en el formulario 4835 o el formulario 4797 del Servicio de Rentas Internas.
 - Ingreso neto del trabajo por cuenta propia \$ _____ Documentación* _____
 - ¿También hay sueldos del trabajo? Sí No (Si contesto "Sí", llene la sección 2.)
- Trabajo: Ingrese todos los sueldos brutos no cubiertos y fuera del estado pagados. Esto incluye los sueldos brutos de un negocio o granja que esta incorporada. Sólo enumere los salarios no cubiertos del periodo base:

TRIM.	AÑO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	GANANCIAS	DOCUMENTACIÓN*

*Formulario SE, Formulario F, Formulario C, Formulario K1, W-2, talones de cheque. Incluya el 1040 además de los otros formularios.

CERTIFICO que toda la información que he proporcionado sobre esta solicitud y los formularios relacionados con esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender, y que he proporcionado esta información para obtener Asistencia para Desempleados por Desastre (DUA por sus siglas en inglés). Entiendo que se proporcionan fondos federales y que bajo 18 U.S.C. 1001 puedo estar sujeto a enjuiciamiento por ocultar intencionalmente hechos materiales o hacer una declaración falsa a sabiendas para obtener DUA a la que no tengo derecho. Estoy facilitando mi número de seguro social como se requiere en 26 U.S.C. 6109 (d) para fines de informar DUA como ingreso imponible federal y para determinar mi derecho a DUA. ENTIENDO, conforme a 20 CFR 625.16 (b), que la información relativa a cualquier solicitud de DUA puede divulgarse solo como está permitido con respecto a la compensación regular bajo la ley estatal y al Departamento de Trabajo de los EE. UU. Para obtener información de privacidad y confidencialidad consulte el folleto PAU-007, Una Guía a los Beneficios en Arizona del Departamento de Seguridad Económica de Arizona.

Firma del solicitante _____ Fecha _____
 Firma del representante _____ Fecha _____

Comentarios:

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxilios 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. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente.