

# SOLICITUD INICIAL PARA ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR LA PANDEMIA

## INFORMACIÓN INICIAL

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

El **Programa de Confidencialidad de Domicilio** está diseñado para ocultar la dirección de las personas que son víctimas de violencia doméstica. Para estar inscrito en el Programa de Confidencialidad de Domicilio, una persona debe haber presentado una solicitud ante la oficina de Secretaría de Estado y haber recibido una carta de aprobación.

¿Está inscrito actualmente en el Programa de Confidencialidad de Domicilio de AZ?    Sí    No

**Si contestó “Sí”, la oficina de resolución de quejas se comunicará con usted al número que mencionó anteriormente. No llene ninguna información adicional aparte de su firma al final de este formulario de solicitud.**

## CERTIFICACIÓN POR SÍ MISMO

**TODOS LOS SOLICITANTES:** Responda las siguientes preguntas con respecto a su trabajo/empleo:

**Para ser elegible para recibir PUA, debe certificar por sí mismo de que de otra manera puede trabajar y está disponible para trabajar, excepto que está desempleado, parcialmente desempleado, no puede trabajar o no está disponible para trabajar debido a al menos una de las siguientes categorías indicadas en la ley CARES. Puede seleccionar más de una razón, si le corresponden varios:**

Ha sido diagnosticado con COVID-19 o está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico.

Un miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19.

Está brindando atención a un miembro de su familia o un miembro de su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19.

Un niño u otra persona de su hogar de la que usted es el principal cuidador no puede asistir a la escuela u otra instalación que esté cerrada como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19 y dicho cuidado de la escuela o instalación es necesario para que usted pueda trabajar.

No puede llegar a su lugar de empleo debido a una cuarentena impuesta como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19.

Estaba programado para comenzar a trabajar y no tiene trabajo o no puede llegar al trabajo como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19. Si es así, ¿en qué fecha se suponía que iba a empezar a

trabajar (MM/DD/AAAA)? \_\_\_\_\_

Renunció a su trabajo como resultado directo de COVID-19.

Trabaja por cuenta propia (incluso los contratistas independientes y los trabajadores por proyecto) y ha experimentado una reducción significativa de sus servicios habituales o de costumbre debido a la emergencia de salud pública COVID-19.

No puede llegar a su lugar de empleo porque un proveedor de atención médica le ha aconsejado que siga los pasos de la autocuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19.

Se ha convertido en el sostén de la familia o el apoyo principal para un hogar porque el jefe de familia ha fallecido como resultado directo de COVID-19.

Su lugar de empleo está cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19.

Se le han denegado los beneficios continuos de desempleo porque se ha negado a volver a trabajar o a aceptar una oferta de trabajo en un lugar de trabajo que, en cualquiera de los dos casos, no cumple con las normas locales, estatales o nacionales de salud y seguridad directamente relacionadas con el COVID-19. Esto incluye, pero no se limita a, las normas relacionadas con el uso de cubrebocas, medidas de distanciamiento físico o la provisión de equipos de protección personal consistentes con las normas de salud pública.

Proporciona servicios a una institución educacional o a una agencia de servicios educacionales y está desempleado o parcialmente desempleado debido a la volatilidad en el horario de trabajo que es causada directamente por la emergencia de salud pública COVID-19. Esto incluye, pero no se limita a, cambios en los horarios y cierres parciales.

Es un empleado y su horario se ha reducido o ha sido despedido como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19.

Ninguno de los anteriores le corresponde a usted.

Certifico que la información que he proporcionado arriba, que se utilizará para determinar mi elegibilidad para la Asistencia de Desempleo por Pandemia, es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que estoy sujeto a sanciones administrativas, incluyendo las sanciones por perjurio, o a acciones legales si se determina que retuve o proporcioné información falsa para obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho.

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

### IDENTIFICACIÓN

Incluya con su solicitud una fotografía clara de una identificación con foto válida emitida por el gobierno. Ejemplos de identificación con foto aceptable incluyen: una licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado, un certificado de naturalización de los Estados Unidos, una tarjeta de extranjero residente permanente, un pasaporte válido o una identificación militar. Alguien del Departamento se comunicará con usted para verificar su identidad antes de que reciba cualquier beneficio de PUA.

### INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

¿Se le ha determinado monetariamente inelegible o descalificado para la compensación por desempleo regular desde el 5 de enero de 2020?	Sí	No
Si le ofrecen un trabajo, ¿puede aceptarlo?	Sí	No
Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado en otro estado aparte de Arizona?	Sí	No
Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado como civil para el gobierno federal?	Sí	No
Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado para un instituto de educación superior, universidad o escuela?	Sí	No
Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado para cualquier gobierno local o estatal?	Sí	No
¿Tiene acciones en su empresa?	Sí	No
¿Tiene un control sustancial sobre su empresa?	Sí	No
Durante los últimos 2 años, ¿ha prestado servicio activo en el ejército de los Estados Unidos?	Sí	No

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección residencial (*Número de calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección postal (*Núm., Calle o P.O. Box*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido (*Correo electrónico/Correo/Teléfono*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

Ciudadano de los estados unidos: Sí No Si contestó “No”, número de registro de extranjero: \_\_\_\_\_

Está discapacitado: Sí No No deseo contestar

¿Efectúa o debe pagos de sustento para menores? Sí No

Nivel de educación más alto (*es decir, último grado, diploma de HS, GED, título, etc.*): \_\_\_\_\_

¿Es de origen hispano o latino? Sí No No deseo contestar

Raza – Marque todo lo que corresponda: Afroamericana/Negra Nativo estadounidense o de Alaska Asiática  
 Nativo de Hawaii/Otra Isleño del Pacífico Blanca  
 No deseo contestar

### INFORMACIÓN DE EMPLEO ANTERIOR

Estado de empleo actual: Trabaja a tiempo completo Trabaja a tiempo parcial No trabaja Nunca trabajó  
 Otro: \_\_\_\_\_

Si le ofrecen un trabajo, ¿**puede** aceptarlo? Sí No  
 Si contestó “No”, indique la razón(es) por la que no podría aceptar el trabajo en este momento:  
 Responsabilidad familiar Enfermedad/Discapacidad Falta de transporte Otra: \_\_\_\_\_

Si le ofrecen un trabajo, ¿está **disponible** para aceptarlo? Sí No  
 Si contestó “No”, indique la razón(es) por la que no podría aceptar el trabajo en este momento:  
 Responsabilidad familiar Enfermedad/Discapacidad Falta de transporte Otra: \_\_\_\_\_

¿Trabaja por cuenta propia, o es el propietario u operador de un negocio o granja?	Sí	No
Si contestó "Sí", el tipo de negocio:      Directivo      Ventas directas      Contratista independiente		
Opera una granja      Negocio secundario      Propietario único/Asociación      Trabajo informal		
¿Está en un puesto electo, designado o en una posición importante de formulación de políticas?	Sí	No
Si renunció a su trabajo debido a COVID-19, ¿tenía la capacidad de teletrabajar?	Sí	No
Si contestó "Sí", ¿aceptó la oferta de teletrabajo?	Sí	No
Si contestó "Sí", ¿recibió el mismo pago y horas mientras teletrabajaba?	Sí	No
¿Está recibiendo pago de ausencia por enfermedad u otros beneficios de ausencia pagada que son iguales a su pago normal?	Sí	No
Si es así, ¿en qué fecha finaliza el pago (MM/DD/AAAA)? _____		
¿Cuándo fue su último día de trabajo real (MM/DD/AAAA)? _____		
¿Tiene una fecha prevista de regreso al trabajo con su empleador o reanudar el trabajo por cuenta propia?	Sí	No
Si contestó "Sí", ¿en qué fecha espera regresar al trabajo o reanudar el trabajo por cuenta propia? _____		
¿Trabajaba a tiempo completo o tiempo parcial?      Tiempo completo      Tiempo parcial		
¿Cuál es la última fecha en la que trabajó? _____		
¿Es un trabajador por cuenta propia, dueño de un negocio, cuyo desempleo fue un resultado directo del virus COVID-19?	Sí	No
Si contestó "Sí" anteriormente, conteste las siguientes preguntas:		
¿Es el dueño o único propietario de un negocio?	Sí	No
Si contestó "Sí", ¿cuál es el nombre del negocio? _____		
Si contestó "Sí", ¿cuál es su FEIN/SSN de empleador? _____		

**HISTORIAL DE GANANCIAS**

En la sección de "Ganancias" a continuación, proporcione prueba de sus ganancias y proporcione sus historiales de empleo anteriores para el año calendario 2019. **Todos los solicitantes deben proporcionar su historial de empleo, incluso si trabaja por cuenta propia, es un contratista, dueño de un negocio o trabaja de manera informal.**

Debe proporcionar documentación para respaldar la cantidad de sueldos trimestrales que proporciona. Si no puede proporcionar pruebas, su elegibilidad puede establecerse a la cantidad semanal mínima de \$117.00. También deberá proporcionar documentación para respaldar su elegibilidad de PUA, tal como una nota del médico para la cuarentena, prueba de estado como directivo, etc.

**Su información salarial del año calendario 2019 se usará para determinar la cantidad de su beneficio semanal de PUA.**

**Proporcione documentación de cualquier sueldo y/o trabajo por cuenta propia con esta solicitud, si es posible.**

**La documentación aceptable puede incluir, pero no se limita a:**

- **Declaraciones de impuestos de 2019, incluso el Anexo C (si se completó);**
- **Formularios W2 o 1099 de 2019;**
- **Copias de los talones de cheque que muestran sus ganancias en 2019;**
- **Recibos bancarios que muestran depósitos en 2019;**
- **Sus registros de negocio de 2019, que incluyen: libros de contabilidad, facturas o avisos de facturación que le proporcionó a sus clientes, licencias comerciales, contratos y facturas de arrendamiento comercial, y anuncios de su negocio o servicios.**

No es necesario tener todos los documentos arriba indicados, solo aquellos relevantes para su historial de trabajo. Además, si no tiene ninguno de los documentos arriba indicados, o esos documentos no reflejan su ingreso total de 2019, puede enviar copias de otros documentos que cree que demostrarían sus ingresos de 2019.

**GANANCIAS**

Enumere el historial de empleo total para el año calendario 2019 en las columnas de a continuación (*adjunte páginas adicionales según sea necesario*):

	<b>Fechas trabajadas (de MM/AA a MM/AA)</b>	<b>Nombre (incluso su nombre o del negocio, si trabaja por cuenta propia) y dirección (incluso ciudad, estado y código postal) del empleador</b>	<b>Número de teléfono del empleador</b>	<b>Cantidad total de ganancias</b>
<b>1</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
<b>2</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
<b>3</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
<b>4</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$

**GANANCIAS (CONTINUACIÓN)**

Enumere el historial de empleo total para el año calendario 2019 en las columnas de a continuación (*adjunte páginas adicionales según sea necesario*):

	<b>Fechas trabajadas (de MM/AA a MM/AA)</b>	<b>Nombre (incluso su nombre o del negocio, si trabaja por cuenta propia) y dirección (incluso ciudad, estado y código postal) del empleador</b>	<b>Número de teléfono del empleador</b>	<b>Cantidad total de ganancias</b>
<b>5</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
<b>6</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
<b>7</b>				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$

**Proporcione la siguiente información con respecto a su ÚLTIMO empleador:**

Escriba el nombre del EMPLEADOR (*no su nombre*) exactamente como aparece en su talón de cheque:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Es considerado una agencia temporal este empleador? (*Una agencia temporal se especializa en encontrar puestos para personas que buscan trabajo de manera temporal.*):    Sí    No

Si lo sabe, escriba el número de ID fiscal del estado de Arizona del empleador: \_\_\_\_\_

Si es marítimo, ingrese el nombre de la embarcación: \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_

Título ocupacional: \_\_\_\_\_ Código de ocupación: \_\_\_\_\_

Tipo de empleo:    Regular    Temporal    de Temporada    Contrato  
                           Práctica    Formación    Capacitación en el trabajo

**ÚLTIMO EMPLEADOR (CONTINUACIÓN)**

¿Tiempo completo o parcial?      Tiempo completo      Tiempo parcial

¿Cuántas horas trabaja normalmente por semana (*sin horas extras*)?

Horas completas: \_\_\_\_\_ Horas parciales: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su salario bruto? \_\_\_\_\_

El salario se basa por:      Hora      Día      Semana      Mes      Año      Trimestre  
    Bisemanal      Bimensual      Otro \_\_\_\_\_

**RAZÓN POR LA SEPARACIÓN LABORAL:**

Recorte de personal

¿Es este recorte de personal el resultado de una opción de recorte voluntario con este empleador?      Sí      No

Baja militar (*Proporcione una copia de del formulario DD 214*)

Información adicional de la razón de la baja: \_\_\_\_\_

Tiempo parcial u Horas reducidas      Escriba la fecha cuando se redujeron las horas (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_

Renuncia/Abandono/Permiso para ausentarse

Si tiene permiso para ausentarse: Fecha inicial (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_

Fecha final (*si se conoce*) (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_

Categoría de separación: Debido a      Empleador      Razones personales      Compañero de trabajo  
    Otras razones

Tipo de separación:      Problema con el empleador      Cambio en horas o sueldos      Condiciones del trabajo

Razón de la renuncia:      Violación de contrato      Embargo del salario      Horas

Otras razones: \_\_\_\_\_

Rescindido/Despedido/Suspendido del trabajo

Si ha sido suspendido, proporcione las fechas de suspensión

Fecha inicial (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_ Fecha final (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_

¿Tiene el empleador la intención de reintegrarlo dentro de 4 semanas? (*Si no se sabe, seleccione "No"*)      Sí      No

¿Fue este empleo en una escuela pública o privada, institución de educación superior o universidad (*p.ej. maestro, entrenador deportivo, personal de mantenimiento*); o con una agencia gubernamental que proporciona servicios (*p.ej. personal de apoyo educativo o guardia de cruce*) a una escuela, institución de educación superior o universidad? (*Si trabajó como conductor de autobús para una empresa de transporte y no directamente para una escuela, conteste "No".*)      Sí      No

¿Se eliminó su trabajo porque el trabajo se reubico fuera del país?      Sí      No

¿Es usted cónyuge o hijo de su último empleador?      Sí      No

Si contestó "Sí", ¿se incorpora este negocio?      Sí      No

¿Recibió o recibirá alguna indemnización por despido de su último empleador?      Sí      No

Si contestó "Sí", fecha vigente (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_ y cantidad bruta recibida: \$ \_\_\_\_\_

¿Recibió o recibirá algún pago por vacaciones/días feriados/enfermedad pagado por su último empleador?      Sí      No

Si contestó "Sí", fecha vigente (*MM/DD/AAAA*): \_\_\_\_\_ y cantidad bruta recibida: \$ \_\_\_\_\_

Indique si ha recibido, o recibirá dentro de las próximas 52 semanas, un pago de cualquiera de los siguientes de este empleador.

Tipo de pensión	Cantidad mensual bruta máxima que recibiría o podría recibir	Cantidad bruta	Fecha vigente	Porcentaje que contribuyó, si corresponde
Gobierno federal				
Gobierno local				
Jubilación militar				
Empleador privado				
Gobierno estatal				
Jubilación de sindicato				

401(k)/403(b)/IRA/KEOGH:

Cantidad bruta: \_\_\_\_\_ por Semana Mes Año Bisemanal Bimensual

Compensación por discapacidad relacionada con el servicio militar (responda "No" si VA le paga): Sí No

### OPCIONES DE PAGO

#### MÉTODO DE PAGO

¿Qué tipo de pago de beneficios le gustaría recibir? Tarjeta de débito o Depósito directo\*

\*Para establecer el depósito directo, llene el formulario "Acuerdo para Depósito Directo" y envíelo junto con esta solicitud, o puede enviar el formulario después por fax o correo, según las instrucciones en el formulario.

#### PREFERENCIA DE RETENCIÓN FISCAL

¿Desea que se retenga el impuesto federal? (Si contesta "Sí", sería el 10% de la cantidad de beneficio semanal):

Sí No

¿Desea que se retenga el impuesto estatal? (Si contesta "Sí", sería el 10% de la cantidad federal retenida):

Sí No

### OPCIONES DE CERTIFICACIÓN SEMANAL

#### Lo que debe hacer para solicitar beneficios semanales de Asistencia de Desempleo por la Pandemia

(Marque cada elemento a continuación para indicar que ha leído y comprende los siguientes requisitos antes de firmar a continuación):

Para que reciba beneficios de Asistencia de Desempleo por la Pandemia, usted debe presentar semanalmente un reclamo continuo (reclamo semanal), independientemente de su estado de elegibilidad. No se le puede pagar por ninguna semana que no presente un reclamo semanal. Puede presentar a partir del domingo en línea al visitar [www.AZUI.com](http://www.AZUI.com) o al usar el formulario adjunto.

Todos los reclamos continuos semanales para la Asistencia de Desempleo por la Pandemia son para un calendario cuya semana es un periodo de siete (7) días consecutivos que comienza a las 12:00 a.m. del domingo y termina a las 11:59 p.m. del siguiente sábado. No puede presentar un reclamo semanal hasta que la semana anterior haya terminado.

Debe ser capaz y estar disponible para trabajar todos los días. Si le ofrecen un trabajo, debe poder aceptarlo y solo puede rechazar una oferta de trabajo de buena fe por una buena causa.

Si trabaja o gana algún dinero, debe declarar la cantidad total que ganó antes de las deducciones cuando presente su reclamo semanal. Debe declarar cualquier trabajo que desempeñe durante una semana, incluso si no se le ha pagado al momento de presentar su reclamo semanal.

Cuando declara sus ganancias, debe incluir propinas, comidas, alojamiento, mercancías o cualquier otro tipo de pago que reciba por los servicios. Debe declarar cualquier pago por presentarse al trabajo o por el tiempo de procesamiento, incluso si no trabajó. Debe declarar cualquier empleo parcial o temporal, ventas de comisión, trabajo esporádico o por cuenta propia.

Puede ganar hasta \$30.50 en una semana sin afectar sus beneficios semanales. Si gana más de \$30.50 en una semana, la cantidad en exceso se deducirá de la cantidad de su beneficio semanal. El beneficio pagadero se redondeará al dólar más cercano. Si tiene ingresos iguales o mayores a la cantidad de su beneficio semanal, no será elegible para los beneficios por esa semana.

Si tiene la responsabilidad de pagar sustento para menores, la División Servicios de Sustento para Menores puede deducir una parte del beneficio semanal. Cualquier cantidad deducida como sustento para menores es parte de los beneficios pagados a usted de la Asistencia de Desempleo por la Pandemia.

Si su información de contacto cambia, inicie una sesión en el tablero de solicitante y actualice su información de contacto e informe al Servicio Postal de los Estados Unidos de inmediato, incluso si no está solicitando beneficios en ese momento.

Debe leer y comprender el Manual de Asistencia de Desempleo por la Pandemia, que explica los requisitos con más detalle. El manual de PUA puede bajarse aquí: <https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual/forms-pamphlets>.

## RECONOCIMIENTO

Al presentar este formulario, certificó que:

1. Toda la información presentada es verdadera y completa,
2. Soy responsable de leer el Manual de PUA y cualquier otro material escrito oficial que se me proporcione con respecto a cualquier programa de beneficios. El manual de PUA puede bajarse aquí: <https://des.az.gov/sites/default/files/dl/UIB-1243A-S.pdf?time=1599016426002>; y
3. Reconozco que cualquier declaración falsa en este documento es punible de conformidad con CFR 625.14 a la que se hace referencia en la Sección 2102 de la ley CARES de 2020, con respecto a la falsificación jurada a las autoridades, y que una persona que a sabiendas hace una declaración falsa o retiene información para obtener UC u otros beneficios cometen un delito penal y pueden estar sujetos a una multa, encarcelamiento, restitución y pérdida de beneficios futuros.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES PARA ENVIAR

Por fax:

(602) 362-5391 (PHOENIX)  
(888) 417-3639 (GRATUITO)

Por correo:

Department of Economic Security  
Unemployment Insurance Administration  
ATTN: PUA Processing / MD 5895  
P O Box 29225  
Phoenix AZ 85038-9225