

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL RECLAMO CONTINUO DE CAPACITACIÓN APROBADA, UB-106-TS

Todos los reclamos de Seguro por Desempleo son para las semanas calendario que empiezan el DOMINGO y terminan a la MEDIANOCHE del SÁBADO siguiente. No llene, firme ni envíe el formulario hasta el DOMINGO o LUNES siguiente a la semana que usted va a reclamar. **Los reclamos firmados o enviados antes de la media noche del sábado, se le devolverán a usted y el pago tendrá una demora.** Favor escribir en letra de molde y firme con letra legible y con tinta negra.

No se aceptan Reclamos Continuos Para Capacitación Aprobados por teléfono.

Si se le terminan los formularios o necesita ayuda mientras usted participa en el Programa de Capacitación Aprobada, por favor llame a la UNIDAD DE CAPACITACIÓN APROBADA (Approved Training Unit por sus siglas en inglés) al 602-364-4119. Si usted no se encuentra dentro del área metropolitana de Phoenix y la llamada pudiera ser de larga distancia, llame a la oficina más cercana de ARIZONA@WORK Centros Laborales y ellos le pasarán un mensaje a la UNIDAD DE CAPACITACIÓN APROBADA para que le devuelvan su llamada.

SANCIONES: Cualquier persona quien, intencionalmente, haga una declaración o representación falsa a sabiendas de que es falsa, o quien intencionalmente no divulgue un hecho material para obtener o aumentar un beneficio u otro pago estipulado bajo el Capítulo 4 de la Ley de Seguridad de Empleo, ya sea para sí mismo/a o para otra persona, o bajo una ley de seguridad de empleo de otro estado, del gobierno federal o de un gobierno extranjero, es culpable de un delito de clase seis. Cada declaración o representación, así como la no divulgación de un hecho material, constituirá un delito por separado.

SECCIÓN A. PARA SER LLENADA POR EL RECLAMANTE

Escriba con letra de molde su NOMBRE, NÚMERO DE SEGURO SOCIAL y la FECHA EN QUE TERMINA LA SEMANA (SÁBADO), en los espacios indicados en la parte superior del formulario.

- Pregunta 1: Marque la casilla "No" si durante la semana reclamada usted no trabajó, ni llevó a cabo servicios por los que recibió pago. Si usted trabajó o tuvo su negocio autónomo durante la semana, marque la casilla "Sí" y llene la parte "a" (ganancias brutas), la parte "b" (nombre del empleador), la parte "c" (dirección del empleador) y la parte "d" (si sigue trabajando). Si usted ya no trabaja, llene la parte "e" (escriba la razón por la cual usted ya no trabaja).
- Pregunta 2: Marque la casilla "No" si durante la semana reclamada usted no recibió pago o subsidio de ningún tipo mientras participaba en cursos de capacitación. Marque la casilla "Sí" si usted recibió algún subsidio, beneficio, sueldo u otros pagos por participar en el curso de capacitación (aparte de los beneficios de seguro por desempleo recibidos). Si usted marca la casilla "Sí", indique en la parte "a" la fuente de ingresos y en la parte "b" indique la cantidad de asistencia de pago que usted recibió por la semana reclamada.
- Pregunta 3: Marque la casilla "Sí" o "No". **Si usted faltó al curso de capacitación**, debe incluir las fechas fijadas en las cuales usted faltó y la razón por la cual faltó.
- Pregunta 4: Marque la casilla "Sí" si su dirección cambió desde la última vez que usted presentó un formulario semanal de reclamo e indique en letra de molde su nueva dirección y número de teléfono actual.

SECCIÓN B. PARA SER LLENADA POR UN REPRESENTANTE DEL LUGAR DE CAPACITACIÓN

- Pregunta 1: Marque la casilla "Sí" o "No" para indicar si el reclamante se matriculó o no en el curso de capacitación durante la semana que reclama. Si marca la casilla "No", por favor dé una breve explicación. Si se requiere más espacio, use el reverso del formulario de reclamo semanal.
- Pregunta 2: Marque la casilla "Sí" o "No" para indicar si el reclamante estaba o no **"cumpliendo satisfactoriamente"** el curso de capacitación. **NOTA: SI POR ALGUNA RAZÓN EL RECLAMANTE NO TERMINA EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN COMO SE ACORDÓ ORIGINALMENTE, SE CONSIDERARÁ QUE ÉL O ELLA NO "CUMPLIÓ EL CURSO SATISFACTORIAMENTE."**

Su lugar de capacitación: _____

Lleve su formulario de reclamo continuo a: _____

Representante Autorizado

Vea el reverso la declaración de EOE/ADA/LEP

CONTESTE TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

UB-106-T-S (8-17)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Seguro por Desempleo

RECLAMO CONTINUO

Escriba su nombre aquí con letras de molde

Escriba su número de seguro social

NOMBRE DEL RECLAMANTE _____

NÚM DE SEG. SOC. _____ FECHA EN QUE TERMINA LA SEMANA _____

A. Para ser llenado por el reclamante para la fecha en que termina la semana según se indica arriba.

Si No

- 1. ¿Ha trabajado o ganado algún dinero?
 - a. En caso afirmativo, escriba sus ganancias brutas \$ _____
 - b. Nombre del empleador: _____
 - c. Dirección del empleador: _____
- d. ¿Todavía trabaja?
- e. En caso negativo, escriba la razón por la separación: _____
- 2. ¿Solicitó o recibió alguna asistencia relacionada con la capacitación (aparte de la matrícula, costo de los libros u otros costos de capacitación)?
 - a. En caso afirmativo, escriba la cantidad: \$ _____
 - b. Escriba la fuente de ingresos: _____
- 3. ¿Ha faltado a alguna capacitación programada? (escriba las fechas y las razones de la ausencia) _____
- 4. ¿Ha cambiado su dirección o número de teléfono durante esta semana de capacitación? En caso afirmativo escriba su nueva dirección y número de teléfono. _____

Escriba la fecha en que se terminó la fecha para la cual usted reclama. Recuerde, la fecha tiene que caer en un sábado.

CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE: Yo reclamo beneficios bajo las Disposiciones de Capacitación Aprobada de la Ley de Seguridad de Empleo de Arizona para la semana calendario que termina en la fecha que se indica arriba. Certifico que la información dada es correcta. Entiendo que la ley estipula penas por declaraciones falsas hechas en relación con este reclamo.

FIRMA DEL RECLAMANTE _____ FECHA _____

Firme aquí

B. Para ser llenado por el Centro de Capacitación para la Semana que Termina en la Fecha que se indica arriba.

Si No

- 1. ¿Se inscribió el reclamante en la capacitación? a. En caso negativo por favor explique: _____
- 2. ¿Siguió el reclamante satisfactoriamente sus cursos de capacitación? a. En caso negativo por favor explique: _____

CERTIFICACIÓN DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN: A nuestro leal saber y entender y según nuestros registros las respuestas de arriba son correctas y completas. Además lo escrito en el ítem B. 2 se basa en los estándares y procedimientos establecidos centro de capacitación.

NOMBRE DEL CENTRO _____ NÚM. DE TEL. _____

FIRMA AUTORIZADA _____ FECHA _____

AUTORIZACIÓN DE LA UNIDAD ENCARGADA DEL PAGO:

FIRMA DEL OFICIAL _____ FECHA _____

Escriba la fecha en que usted presente su reclamo. Recuerde que esta fecha debe ser por lo menos una semana después de la fecha en que termine la semana.

El lugar de Capacitación llenará y firmará esta sección.

Certificación del Lugar de Capacitación: El representante autorizado del Lugar de Capacitación firmará y fechará el formulario de reclamo semanal. No se pueden aceptar para su pago aquellos formularios firmados por alguna persona que no sea el Representante Autorizado del Lugar de Capacitación. Los formularios que no estén completos o que estén incorrectos se van a devolver para su corrección y esto causará una demora en el pago de los beneficios del reclamante. Los reclamantes quienes han terminado el Programa de Capacitación Aprobado y desean seguir presentando reclamos de Seguro por Desempleo, deben presentarlos a través del Internet en www.azui.com o por teléfono al 602-364-2722 (Phoenix), 520-791-2722 (Tucson) o 1-877-600-2722 (fuera de los condados de Maricopa y Pima).

Llene y envíe el formulario a:

Approved Training Unit, Mail Drop 589C
P.O. Box 6666
Phoenix, AZ 85005

O por fax al (602) 495-3135

No envíe los reclamos en los sobres regulares de Seguro por Desempleo.

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. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Gerente de 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. Free language assistance for DES services is available upon request.