

### RECLAMO CONTINUO

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.**

**Sí 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 matricula, 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.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

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

**Sí 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 \_\_\_\_\_

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