

Programa de Seguro por Desempleo  
P. O. Box 29225, Phoenix, Arizona 85038

FAX \_\_\_\_\_

**THIS DOCUMENT AFFECTS YOUR ELIGIBILITY TO RECEIVE UNEMPLOYMENT INSURANCE. IF YOU DO NOT READ SPANISH, CONTACT ONE OF THE CUSTOMER SERVICE CENTERS INDICATED BELOW.**

Fecha de envío \_\_\_\_\_

Número de reclamo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se le ha programado una revisión de elegibilidad por parte del personal del Programa de Seguro por Desempleo. Su elegibilidad para los beneficios del Seguro por Desempleo se revisará en función de la información que proporcione, y nuestro personal determinará qué servicios puede proporcionar el departamento para ayudarlo en sus esfuerzos de reemplazo. Si tiene alguna pregunta, llame al **602-364-2722** si vive en el área de Phoenix, **520-791-2722** si vive en el área de Tucson. Fuera de Phoenix y Tucson llame de manera gratuita al **1-877-600-2722** o **1-877-877-6226** para los servicios de TDD para personas con problemas de audición (*para personas sordas*).

**EL NO LLENAR, FIRMAR NI DEVOLVER ESTE FORMULARIO PUEDE  
RESULTAR EN LA DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

Por favor, incluya su número de seguro social en el espacio provisto al reverso de este formulario para evitar cualquier posible demora en el pago de beneficios. Este formulario tiene que recibirse o enviarse por correo postal a más tardar siete días después de la fecha de envío que se muestra arriba. Envíe por correo o por fax a la dirección o número de fax que se muestra arriba.

---

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 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 el gerente de su 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. • Available in English online or at the local office

## CUESTIONARIO DE LA REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD

Reclamante (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ NÚM. SEG. SOC. \_\_\_\_\_

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 \$ \_\_\_\_\_ H. SEM. MES Duración del empleo \_\_\_\_\_

3. Sueldo mínimo que está dispuesto a aceptar para un nuevo trabajo \_\_\_\_\_ POR H. SEM. 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? Si contesto "Sí": Explique _____		
9. ¿Tiene fecha definitiva para regresar a un empleo? Si contesto "Sí": Fecha _____ Nombre y dirección del empleador ( <i>Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código postal</i> ) _____		
10. ¿Obtiene trabajo sólo mediante un sindicato? Si contesto "Sí": ¿Está en la lista de desempleados? Si contesto "Sí": Fecha más reciente de inscripción _____ Nombre del sindicato _____ Número del local _____		
11. ¿Necesita autorización especial para su trabajo, p.ej., chófer, peluquero, enfermero, de bienes raíces? Si contesto "Sí": Fecha cuándo se vence _____ Tipo de autorización _____		
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? Si contesto "Sí": Por favor, explique _____		
13. ¿Asiste o planea asistir a la escuela, o ha asistido en los últimos seis meses? Si contesto "Sí": Nombre de la escuela _____ Días/Horario de asistencia _____		
14. ¿Recibe o ha solicitado jubilación o algún otro tipo de pensión o anualidad ( <i>además del Seguro Social</i> )? Si contesto "Sí": Nombre/Tipo _____ Cantidad _____		
15. ¿Tiene una condición física o discapacidad que limitaría su capacidad para trabajar a tiempo completo ahora? Si contesto "Sí": Explique _____		
16. ¿Hay alguna razón por la que no puede aceptar trabajo de tiempo completo ahora? Si contesto "Sí": 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 representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_