

SOLICITUD SEMANAL DE ASISTENCIA Ley de Ayuda en Desastres de 1974

Reclamante (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

¿Es dirección nueva? Sí No Núm. Seguro Social _____ Núm. oficina local _____

Núm. de desastre (FDAA DR) _____ Núm. de teléfono _____

Semana reclamada (*Fecha comienza en domingo*) _____ (*Fecha termina en sábado*) _____

A. SOLICITUD DEL RECLAMANTE

	Sí	No
Para la semana que reclamo arriba, conteste las siguientes preguntas marcando las casillas correspondientes y proporcione los contactos de búsqueda de trabajo en el reverso. <i>(*Acción requerida por el Delegado)</i>		
1. ¿Estaba usted disponible para trabajar cada día laboral regular?		*
2. ¿Estuvo físicamente capaz de trabajar cada día laboral regular?		*
3. ¿Buscó trabajo?		*
4. ¿Se ha comunicado con su último empleador para determinar cuándo estaría disponible el trabajo? En caso afirmativo, la fecha _____		*
5. ¿Rechazó alguna oferta de trabajo o una recomendación de trabajo?	*	
6. ¿Solicitó o recibió, o sería elegible para recibir si hubiera solicitado:		
a. (1) Compensación por desempleo bajo cualquier ley estatal o federal?	*	
(2) Cualquier cantidad por pérdida de sueldos debido a una enfermedad o discapacidad?	*	
(3) Any type of private income protection insurance?	*	
(4) Cualquier cantidad como un beneficio de desempleo suplementario (SUB por sus siglas en inglés)?	*	
b. ¿Hubo alguna cantidad pagadera a usted por jubilación, pensión o anualidad bajo un plan o sistema público o privado?	*	
c. ¿Ha recibido algún tipo de pago por vacaciones, días festivos, enfermedad o despido?	*	
7. ¿Ha recibido o solicitado un Subsidio por Reajuste de Comercio (TRA por sus siglas en inglés)?	*	
8. ¿Ha recibido o solicitado la Compensación de Trabajadores en virtud de la muerte del jefe del hogar como resultado de la catástrofe?	*	
9. ¿Desempeñó algún trabajo o ganó algún dinero?		
10. Ha regresado a trabajar? En caso afirmativo, la fecha _____		
11. ¿Todavía trabaja usted? En caso negativo, indique el último día trabajado _____ Razón(es) por la separación del último empleadorr _____		

*Por favor, explique en el reverso de este formulario.

A continuación, proporcione el nombre y la dirección del empleador y liste los sueldos de cada día de la semana solicitada. Usted tiene que declarar las ganancias TOTALES ANTES DE LAS DEDUCCIONES, para la semana en que trabajó, ya sea que le hayan pagado o no durante la semana.

Nombre del empleador _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Fecha	Horario	Sueldo	Ganancias totales

¿Buscó usted trabajo? (A continuación, usted TIENE que informar de su búsqueda de trabajo) Sí No

Para que se le considere que busca trabajo de manera activa usted tiene que (1) participar en un esfuerzo sistemático y sostenido para obtener trabajo en al menos cuatro días de la semana y (2) hacer al menos un contacto de trabajo por día en cuatro días diferentes de la semana. Para la semana que finaliza en la fecha que se muestra al frente de este formulario, verifique los días que buscó trabajo y liste un contacto de trabajo por día en cuatro días diferentes de la semana. Se requieren cuatro (4) contactos.

Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Fecha	Nombre y Dirección (Ciudad, Estado y Código postal) o (URL del sitio web, Correo electrónico) del Empleador/ Empresa/Sindicato	Nombre de la persona contactada	Método (En persona, Internet, Correo electrónico)	Tipo de trabajo que buscó	Acción tomada en la fecha de contacto

¿No presentó la solicitud durante la semana porque no satisface los requisitos de búsqueda de trabajo? Sí No

Si no buscó trabajo o no satisface con los contactos requeridos, será descalificado hasta que vuelva a trabajar y gane ocho veces la cantidad de su beneficio semanal. Usted tiene la opción de declinar presentar un reclamo por la semana. Si declina presentar un reclamo, no recibirá los beneficios por la semana.

B. Certificación del reclamante

YO CERTIFICO que la información proporcionada en este formulario es correcta y he proporcionado la información voluntariamente para obtener ASISTENCIA PARA DESEMPLEADOS POR DESASTRE. Sé que se proporcionan fondos federales y que las sanciones están prescritas por ley debido a la declaración falsa u ocultación intencional de hechos materiales a fin de obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho a recibir bajo la ley.

Firma del reclamante _____ Fecha (Mes, Día, Año) _____

C. DETERMINACIÓN DE LA AGENCIA ESTATAL

Razón de la determinación

Firma del Representante de la agencia estatal _____ Fecha autorizada _____

Cantidad del pago de DUA autorizada por la semana: \$ _____

DUA reducida o denegada por la semana arriba reclamada.

Fecha de finalización de DUA (PL100-707): _____

D. DERECHOS DE APELACIÓN

Esta determinación se convierte en definitiva a menos que se presente una apelación por escrito en persona o por correo postal dentro de los 60 días posteriores a la fecha de envío que se muestra en este formulario. Si el último día del plazo de apelación cae en un sábado, domingo o día festivo, se extiende el plazo de apelación hasta el siguiente día laboral.

UI No UI Trabajo por cuenta propia

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 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. Available in English online or in your local office.