

RECLAMO SEMANAL MODIFICADO PARA BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR LA PANDEMIA (PUA)

TENGA EN CUENTA: Use este formulario solo si el Departamento de Seguridad Económica (DES) le indicó que presente un Reclamo Semanal **MODIFICADO** para beneficios de Asistencia de Desempleo por la Pandemia (PUA). De lo contrario, use el Relamo Semanal para Beneficios de Asistencia de Desempleo por la Pandemia (PUA) regular, número de formulario UIB-1245A.

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de fin de semana (MM/DD/AAAA): _____

Para calificar para PUA, debe certificar por si 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. También puede seleccionar una razón diferente a la de las semanas anteriores o a la(s) de su solicitud inicial, si es que ahora se corresponde una razón diferente a sus circunstancias. Por la presente certifico que mi desempleo se debe a las siguientes circunstancia(s):

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

Un miembro de mi 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.

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.

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)? _____

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.

Renunció a su trabajo 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 directrices 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.

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.

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: _____

Llene ambas páginas de esta certificación semanal.

Vea la página 3 para leer la declaración de EOE/ADA.

Orientación para contestar las siguientes preguntas se encuentra en la página 3 de este formulario.

- 1. **Excepto por la(s) razón(es) relacionada a COVID-19 que seleccionó, ¿fue capaz de trabajar cada día laboral regular?** Sí No
- 2. **Excepto por la(s) razón(es) relacionada a COVID-19 que seleccionó, ¿estuvo disponible para trabajar cada día laboral regular?** Sí No
- 3. **¿Buscó trabajo?** Sí No

Debe completar cuatro actividades de búsqueda de trabajo que califiquen en cuatro días diferentes durante la semana en o después de la semana de beneficios que concluye el 29 de mayo de 2021 para ser elegible para los beneficios de PUA.

| Fecha | Nombre del empleador/ la empresa/ la unión y domicilio (ciudad, estado y código postal) o (página web, correo electrónico) | Nombre de la persona con quien se comunicó | Método (En persona, internet, correo postal) | Tipo de trabajo solicitado | Acción que tomó en la fecha de contacto |
|-------|--|--|--|----------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- 4. **¿Rechazó alguna oferta o recomendación de trabajo?** Sí No
- 5. **¿Trabajó o ganó algún dinero, incluso trabajo a tiempo parcial?** Sí No

DES regularmente compara información de contratación con los registros del empleador. Si no se declaran las ganancias, puede ser sujeto a juicio y pagar restitución. **(Si contestó SÍ, debe contestar las preguntas 5a. y 5b.)**

5a. **¿Cuáles fueron sus ingresos brutos antes de las deducciones?** \$ _____

5b. **¿Todavía trabaja?** Sí No

(Si NO, marque la razón de separación y conteste las preguntas 5b1 y 5b2.)

Falta de trabajo Renuncia Despedido Disputa laboral

5b1. Nombre de la empresa de la cual se separó: _____

5b2. ¿Cuándo fue su último día de trabajo (MM/DD/AAAA)? _____

- 6. **¿Regresó a trabajar tiempo completo lo que no requerirá que presente un reclamo semanal adicional en este momento?** Si no se divulga que ha regresado a trabajar puede ser sujeto a juicio y pagar restitución. Sí No
- 7. **¿Comenzó a asistir a algún tipo de escuela o capacitación esta semana?** Sí No

Reclamo beneficios para la semana calendario que finalizó el sábado a medianoche, como se muestra anteriormente. Las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. He informado de todos los cambios por escrito. Entiendo que la ley penaliza las declaraciones falsas hechas en relación con este reclamo y si surge alguna cuestión con mis respuestas anteriores, el departamento se comunicará conmigo. Entiendo que la certificación por si mismo de la ley CARES hecha en este formulario está bajo pena de perjurio y que cualquier declaración falsa intencional al certifica por si mismo de que pertenezco a la categoría de COVID-19 indicada anteriormente es fraude. Entiendo que si se descubre que he cometido fraude, puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Cuando se llene, envíe un fax a:
 (888) 417-3638 (Toll-Free)
 (602) 362-5389 (Phoenix)

También por correo a: Arizona Department of Economic Security
 ATTN: PUA Processing MD 5895
 P.O. Box 29225
 Phoenix AZ 85038-9225

Instrucciones para llenar el reclamo semanal para beneficios de PUA

Debe presentar un reclamo semanal cada semana. No se tomará una determinación hasta que presente un reclamo semanal. Todos los reclamos semanales corresponden a una semana calendario que comienza a las 12:01 a.m. del domingo y termina a las 12:00 de la medianoche del sábado siguiente. Los reclamos semanales no se pueden presentarse hasta después de que la semana calendario haya concluido.

A continuación hay una breve explicación de cada una de las preguntas que deberá contestar cada semana.

1. **Excepto por la razón(es) relacionada a COVID-19 que seleccionó en la página 1, ¿fue capaz de trabajar cada día laboral regular?**
Capaz de trabajar: puede trabajar si no tiene una enfermedad mental o física que le impida trabajar o aceptar el trabajo.
2. **Excepto por la razón(es) relacionada a COVID-19 que seleccionó en la página 1, ¿estuvo disponible para trabajar cada día laboral regular?**
Disponible para trabajar: está disponible para trabajar si no tiene ninguna restricción que le impida buscar o aceptar trabajo a tiempo completo cuando se lo ofrezcan.
3. **¿Buscó trabajo?**
Antes de la semana de beneficios que concluye el 29 de mayo de 2021, DES suspendió temporalmente el requisito de “buscar trabajo de manera activa” debido a COVID-19. Su respuesta a la pregunta 3 no se usará para determinar su elegibilidad antes de la semana de beneficios que concluye el 29 de mayo de 2021. En o después de la semana de beneficios que concluye el 29 de mayo de 2021, las personas que presentan un reclamo de beneficios deben buscar trabajo activamente completando cuatro actividades de búsqueda de trabajo calificadas en cuatro días diferentes de la semana.
4. **¿Rechazó alguna oferta o recomendación de trabajo?**
Rechazar una oferta de trabajo o una remisión al trabajo – rechazó el trabajo que se le ofreció o no informó a un empleador que la oficina del Servicio de Empleo lo recomendó.
5. **¿Trabajó o ganó algún dinero, incluso trabajo a tiempo parcial?**
El departamento regularmente compara información de contratación con los registros del empleador. Si no se declaran las ganancias, puede ser sujeto a juicio y pagar restitución. (Si contestó SÍ, debe contestar las preguntas 5a. y 5b.)
 - 5a. **¿Cuáles fueron sus ingresos brutos antes de las deducciones?**
Si realizó algún trabajo o ganó dinero, debe declararlo en su reclamo semanal. Debe declarar la cantidad total ganada antes de las deducciones. Los sueldos deben declararse la semana en que se realiza el trabajo, incluso si aún no se le ha pagado.
 - 5b. **¿Todavía trabaja?**
 - NO** – Falta de trabajo o una Reducción de la fuerza laboral – recorte de personal, no había más trabajo disponible
 - Renuncia – Dejar el empleo voluntariamente
 - Despedido – Mala conducta
 - Disputa laboral – Una disputa o desacuerdo que resulta en una huelga o cierre en el lugar de trabajo. DES confirmará que existe una disputa laboral.
6. **¿Regresó a trabajar tiempo completo lo que no requerirá que presente un reclamo semanal adicional en este momento?**
Si no se divulga que ha regresado a trabajar puede ser sujeto a juicio y pagar restitución.
SÍ – está trabajando y ganando un ingreso superior a la cantidad de su beneficio semanal y no tiene que presentar un reclamo semanal.
NO – todavía está desempleado y desea continuar presentando un reclamo semanal.
7. **¿Comenzó a asistir a algún tipo de escuela o capacitación esta semana?**
Conteste “Sí” si comenzó un nuevo trimestre o una nueva clase durante esta semana. Esto incluye asistir a la escuela como estudiante de tiempo completo y estudiante de medio tiempo.