

## SUPLEMENTO A LA SOLICITUD PARA SOLICITANTES DE DUA QUE TRABAJAN POR CUENTA PROPIA

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

Núm. de desastre FEMA \_\_\_\_\_ DR Núm. de oficina local \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del negocio (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

TIPO DE EMPLEO POR CUENTA PROPIA (*Marque lo que corresponda*): Dedicado a: Agricultura Negocio Profesión  
Como: Propietario único Socio

### A. ACTIVIDAD AGRARIA (Si corresponde)

Tamaño de la granja (*En acres*): \_\_\_\_\_

En las columnas a continuación, liste todos los productos agrícolas criados y mantenidos principalmente para la venta y los ingresos agrícolas.

COSECHA		GANADO		OTRO ( <i>Especifique</i> )	
Tipo	Acres	Tipo	Cantidad	Tipo	Cantidad

### B. INFORMACIÓN DEL TRABAJO POR CUENTA PROPIA (Responde todas las preguntas en esta parte)

1. Describa la naturaleza de su trabajo por cuenta propia; indique cuanto tiempo lo ha desempeñado.  
\_\_\_\_\_
  
2. ¿Este trabajo por cuenta propia requería alguna parte de su tiempo para la prestación de servicios?      Sí      No  
Si contesto "No", explique: \_\_\_\_\_
3. ¿Realizaba algún servicio en relación con el trabajo por cuenta propia en el momento del desastre?      Sí      No  
Si contesto "No", explique por qué no: \_\_\_\_\_
4. ¿El desastre le impidió realizar todos los servicios relacionados con su trabajo por cuenta propia?      Sí      No  
Si contesto "No", identifique los servicios que se realizan: \_\_\_\_\_
5. Desde que quedó desempleado, ¿ha realizado o ha podido realizar algún servicio para restaurar o mejorar el valor o la capacidad de lucro de su trabajo por cuenta propia?      Sí      No  
Si contesto "Sí", explique: \_\_\_\_\_  
Si contesto "Sí", identifique los servicios que se realizan: \_\_\_\_\_
6. ¿Trabajaba por cuenta propia a tiempo parcial antes de la fecha del desastre?      Sí      No
7. ¿Cuántas horas a la semana trabajaba por cuenta propia a tiempo parcial durante la semana? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuántas horas trabajan las personas por semana si se consideran empleadas a tiempo completo en su ocupación? \_\_\_\_\_
9. En el momento del desastre, ¿era este trabajo por cuenta propia su fuente principal de ingresos?      Sí      No  
Si contesto "No", explique: \_\_\_\_\_
10. Además de este trabajo por cuenta propia, ¿tiene otra ocupación?      Sí      No  
Si contesto "Sí", ¿cuál es la ocupación? \_\_\_\_\_  
Describa el impacto que el desastre ha tenido en esta ocupación.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. INFORMACIÓN DEL NEGOCIO FAMILIAR**

1. ¿Estuvo empleado en un negocio familiar antes de la fecha de desastre? Sí      No
2. ¿Cuántos adultos estaban empleados en el negocio familiar antes de la fecha del desastre? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántos menores (no adultos) estaban empleados en el negocio familiar antes de la fecha del desastre? \_\_\_\_\_
4. ¿Era usted un menor de edad empleado en un negocio familiar antes de la fecha del desastre? Sí      No
5. El año fiscal para el negocio familiar comenzó \_\_\_\_\_ y terminó \_\_\_\_\_.
6. Indique el ingreso neto total del negocio familiar para el año fiscal anterior. \$ \_\_\_\_\_.

Tiene que contestar las siguientes preguntas. Su valor de DUA se basará en un valor igual para cada miembro adulto de la familia. Si cree que su valor de DUA debe basarse en un valor más alto que una porción igual del ingreso neto del negocio familiar, debe proporcionar un porcentaje del ingreso neto para todos los miembros de familia del negocio. Incluya los ingresos para los menores empleados en el negocio familiar.

Miembros del negocio familiar	Número de Seguro Social	Porcentaje de sueldos del negocio familiar

**D. EMPLEO DEL SOLICITANTE**

Para calcular la cantidad de mi derecho semanal a la Asistencia para Desempleados por Desastre, certifico que tuve el siguiente trabajo por cuenta propia, ganancias netas de \$50.00 o más durante las semanas indicadas y ganancias netas durante los trimestres de calendario que se indican a continuación. Los negocios familiares tienen que indicar el ingreso total del negocio familiar. Si la información de a continuación se proporcionó en el ETA-81, ingrese "IGUAL" en los bloques adecuados. (Declare las ganancias netas del trabajo por cuenta propia - NO DECLARE LAS GANANCIAS BRUTAS)

Fecha en que termina el trimestre calendario	Semanas que se ganó \$50 o más	Nombre y dirección de los empleadores	Ganancias	<u>PARA EL USO DE LA OFICINA</u> Documentación u otras pruebas de ganancias
<b>SEMANAS TOTALES</b>		<b>GANANCIAS TOTALES DEL AÑO BASE</b>		

**E. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

CERTIFICO que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y que 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. Para obtener información de privacidad y confidencialidad consulte el folleto PAU-007, Una Guía a los Beneficios en Arizona del Departamento de Seguridad Económica de Arizona.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha (Mes, Día, Año) \_\_\_\_\_

Firma del representante \_\_\_\_\_ Fecha (Mes, Día, Año) \_\_\_\_\_

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 auxilios 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.