

INFORMACIÓN SOBRE UNA DISPUTA LABORAL

Favor de escribir con letra de molde

Nombre (*Apellido, Nombre de Pila, Inicial*): _____ Núm. Seg. Soc.: _____

Domicilio (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*): _____

Nombre del Empleador: _____

Domicilio del Ultimo Empleo (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*): _____

Ultimo Día de Trabajo Día: _____ Fecha: _____ Puesto: _____

Número: _____ Placa Empleado Nómina Número local del sindicato: _____

Razón del Desempleo: En huelga Respeto a la huelga Separación

Representante Designado: Mi sindicato Yo mismo(a) Otro: _____

PARA LOS ASUNTOS REFERENTES A ESTE RECLAMO DE SEGURO POR DESEMPLEO

Nombre: _____

Domicilio (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*): _____

Firma del Reclamante: _____ Fecha: _____

**ESTA PARTE LA LLENARA EL DIPUTADO EN LA OFICINA LOCAL
(TO BE COMPLETED BY LOCAL OFFICE DEPUTY)**

Estado Responsable: _____ Nombre del Diputado: _____

Número del Diputado: _____ Núm. de Oficina Local: _____

**ESTA PARTE LA LLENARA EL DIPUTADO EN LA DISPUTA LABORAL(LD)
(TO BE COMPLETED BY LOCAL DISPUTE DEPUTY)**

BYE: _____ UB-110 Received: Yes No

LD Beginning Date: _____ LD Ending Date: _____ A-9 (*Date & Initial*): _____