

EXPERIENCIA DE TRABAJO

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

POR FAVOR, ENUMERE A CONTINUACIÓN TODOS LOS EMPLEOS QUE HAYA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS. Si no está seguro de las fechas y los salarios, aproxímese lo más que pueda. Los datos que proporcione nos ayudarán a determinar el tipo de reclamo para seguro por desempleo que debería presentar. Si necesita espacio adicional, pida otro formulario.

Empleador #1

Nombre de último empleador _____ Fechas de empleo De: _____ A: _____

Dirección de la nómina (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de trabajo _____ Estado _____

Tipo de trabajo _____ Salario antes de deducciones \$ _____ H S M

Motivo de separación laboral Recorte de personal Renuncia Despedido Aún trabaja a tiempo parcial

Si renunció o fue despedido, explique: _____

Empleador #2

Nombre de último empleador _____ Fechas de empleo De: _____ A: _____

Dirección de la nómina (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de trabajo _____ Estado _____

Tipo de trabajo _____ Salario antes de deducciones \$ _____ H S M

Motivo de separación laboral Recorte de personal Renuncia Despedido Aún trabaja a tiempo parcial

Si renunció o fue despedido, explique: _____

Empleador #3

Nombre de último empleador _____ Fechas de empleo De: _____ A: _____

Dirección de la nómina (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de trabajo _____ Estado _____

Tipo de trabajo _____ Salario antes de deducciones \$ _____ H S M

Motivo de separación laboral Recorte de personal Renuncia Despedido Aún trabaja a tiempo parcial

Si renunció o fue despedido, explique: _____

Empleador #4

Nombre de último empleador _____ Fechas de empleo De: _____ A: _____

Dirección de la nómina (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de trabajo _____ Estado _____

Tipo de trabajo _____ Salario antes de deducciones \$ _____ H S M

Motivo de separación laboral Recorte de personal Renuncia Despedido Aún trabaja a tiempo parcial

Si renunció o fue despedido, explique: _____

Ve el reverso para información adicional.

Certifico que la información proporcionada es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del reclamante _____ Fecha _____

ÁREA SÓLO PARA USO OFICIAL (El representante la llena para CWC con sueldos de UCFE)

Is address based on form SF-8? Yes No If no, was an SF-8 issued? Yes No

Was claimant a regular full-time employee? Yes No

Payroll Address (No., Street) _____

City _____ State _____ ZIP Code _____

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.