

**RECLAMO INICIAL PARA SEGURO POR DESEMPLEO EN ARIZONA**

<b>SÓLO ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE</b>				<b>NO LLENE LAS AREAS SOMBREADAS SÓLO PARA USO OFICIAL</b>			<b>BA-CLMT INFO</b>	
1. NÚM. SEG. SOC.      Verificado _____							Deputy No. _____	
2. Apellido _____		Nombre _____		Segunda Inicial _____		<b>BE</b>		
3. Dirección (Núm., Calle, Apto., Apartado postal, Ciudad) _____				Estado AZ	Código postal _____		RES FIPS _____	
4. Domicilio (Si es diferente de la dirección postal) _____				Estado AZ	Código postal _____		Sex _____	
5. Correo electrónico (Opcional) _____		6. Núm. de teléfono _____		7. 2º Núm. de teléfono (Opcional) _____		Race _____		
8. Fecha de nacimiento Mes      Día      Año _____ _____ _____			9. Provee una descripción breve de su profesión principal _____				Ethnicity _____	
10. Otros nombres o números de seguro social que haya usado durante los últimos dos (2) años _____							Commuter _____	
11. ¿Es veterano militar de los EE. UU.?    Sí    No    Otra condición de veterano elegible							Language _____	
12. ¿Cuál fue el grado más alto de escuela completado?    Grado _____ GED    Diploma de secundaria    Vocacional    Título de Asociado    Bachillerato Maestría    Doctorado							<b>BB-CLAIM INFO</b> _____	
13. <b>Los beneficios del seguro por desempleo están sujetos a los impuestos.</b> Por favor, elija una de las siguientes opciones: No retenga impuestos    Retenga impuestos federales Retenga impuestos federales y estatales							Claim Type <b>N A R</b>	
<b>*REQUIERE ACCIÓN ADICIONAL DEL REPRESENTANTE</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	Effective Date _____	
14. ¿Tiene ciudadanía de los Estados Unidos?						*	_____	
15. Si no tiene ciudadanía, ¿tenía permiso legal para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 18 meses? <b>Si contesto "Sí", el número del permiso</b> _____						*	File Date _____	
16. ¿Tiene una discapacidad?							LO _____	
17. Durante los últimos 12 meses, ¿ha reclamado seguro por desempleo en algún estado?					*		Type _____	
18. Durante los últimos 18 meses, ¿ha estado en el servicio militar?					*		Disability Date _____	
19. Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en servicio civil federal?					*		Non-SEP Issues _____	
20. Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en algún otro estado?					*		JS REQ _____	
21. ¿Ha recibido o recibirá de su empleador pago por vacación, días feriados, días de enfermedad no utilizados o por separación?					*		ERI _____	

**(Por favor, llene el reverso)**

Vea la página 3 para leer la declaración de EOE/ADA/LEP/GINA

22. ¿Recibe o ha solicitado beneficios de jubilación o algún otro tipo de beneficios de jubilación, pensión o anualidad? <i>(Esto no corresponde a los beneficios de Seguro Social).</i>		*		Phone Filing
23. ¿Ha declinado algún trabajo o recomendación de empleo desde que está desempleado?		*		CWC
24. Desde que está desempleado, ¿ha recibido pagos de Compensación para Trabajadores por alguna lesión o discapacidad relacionada con su trabajo?		*		SUPP DD
25. ¿Tiene una obligación de pagar o debe pagos de sustento para menores ordenado por el tribunal?				Wage Pend
26. Su último empleador antes de presentar este reclamo <i>(Sin importar el estado, tipo de trabajo o duración del trabajo)</i> Nombre de la compañía _____				<b>BC-EMPLOYER INFO</b>
				<b>Employer No.</b>
Dirección <i>(Núm., Calle, Apto., Apartado postal, Ciudad)</i>		Estado	Código postal	Send Notice
27. Último día trabajado antes de hacer este reclamo		Número de teléfono del empleador		BP ERS
Mes	Día	Año		

28. Desde haber trabajado para el empleador arriba indicado, ¿ha trabajado para algún otro empleador?    Sí    No  
 ¿Por qué ya no trabaja para su último empleador? *(Marque [x] la casilla que corresponda y escriba la razón en el espacio proporcionado)*

- (40) 29. Me despidieron por falta de trabajo o reducción de personal.
- (10) 30. Yo renuncié porque: \_\_\_\_\_
- (20) 31. Me despidieron porque: \_\_\_\_\_
- (21) 32. Baja militar.
- (45) 33. Todavía trabajo a tiempo parcial.
- (30) 34. Mi empleador y el sindicato(s) están en una disputa laboral.  
*(Si esta casilla está marcada, el representante de reclamos llenará el formulario LD-1003)*

35. ¿Cuánto tiempo trabajó para su último empleador?	<b>BD-INTERVENING EMP</b>
	<b>LOC Code</b>
36. ¿Para cuántos empleadores ha trabajado durante los últimos tres años? _____	ER ATT

**37. INFORMACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Y CERTIFICACIÓN DEL RECLAMO** *(lea, pero no firme hasta que se lo indiquen)*

**A. INFORMACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Para leer más acerca de la Información de Privacidad y Confidencialidad, vea "Un Guía a los Beneficios del Seguro por Desempleo en Arizona" *(PAU-007-M-S)*.

**B. CERTIFICACIÓN**

Certifico que no trabajo o sólo trabajo a tiempo parcial o recibo ingresos reducidos. No busco beneficios bajo algún otro sistema federal ni estatal de seguro por desempleo. No he solicitado ni recibo subsidio de subsistencia para capacitación de rehabilitación vocacional, ni tampoco subsidio educativo de la Administración de Veteranos para los huérfanos de guerra. Además certifico que las declaraciones hechas aquí con el propósito de obtener seguro por desempleo bajo la Ley de Seguridad en Empleo de Arizona son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

**SÉ QUE LA LEY ESTABLECE SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS EN RELACIÓN CON ESTE RECLAMO.**

38. Firma del reclamante _____	39. Apellido del representante _____
--------------------------------	--------------------------------------

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 el 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 on-line or at the local office.