

RECLAMO INICIAL PARA SEGURO POR DESEMPLEO EN ARIZONA

SÓLO ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE						NO COMPLETE LAS ÁREAS SOMBRADAS PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE	
1. NÚM. SEG. SOC.		2. Apellido				Verified SSN	
		Nombre		Inicial del segundo nombre			
3. Dirección Postal (Núm., Calle, Apto., P.O Box)			Ciudad	Estado	Código postal		
4. Domicilio (Si es diferente de la dirección postal)			Ciudad	Estado	Código postal		
5. Correo electrónico (Opcional pero alentado)			6. Núm. de teléfono		7. Tel. secundario (Opcional)		BA-CLMT INFO
8. Genero		9. Raza		10. Etnicidad		11. Idioma	Deputy No.
12. Fecha de nacimiento			13. Provee una descripción breve de su profesión principal				BE
Mes	Día	Año					
14. Otros nombres o números de seguro social que haya usado durante los últimos dos (2) años							RES FIPS
15. ¿Es veterano militar de los EE. UU.? Sí No Otra condición de veterano elegible							Commuter
16. ¿Cuál fue el último grado de escuela completado? Grado _____ GED Diploma de bachiller Vocacional Título universitario de dos años Licenciatura Maestría Doctorado							BB-CLAIM INFO
17. ¿Su desempleo se debe al coronavirus 2019 (COVID-19)? Sí No							
18. Los beneficios del seguro por desempleo están sujetos a los impuestos. Por favor, elija una de las siguientes opciones: No retenga impuestos Retenga impuestos federales Retenga impuestos federales y estatales							Claim Type N A R
<i>*Seleccionar esta respuesta puede resultar en una solicitud para más información del departamento</i>					SÍ	NO	Effective Date
19. ¿Tiene ciudadanía de los Estados Unidos?						*	
20. Si no tiene ciudadanía, ¿tenía permiso legal para trabajar en los Estados Unidos en los últimos 18 meses? Si contesto "Sí", el núm. de permiso _____						*	File Date
21. ¿Tiene una discapacidad? (La exposición a COVID-19 no se considera una discapacidad que limite su capacidad de trabajo.)					*		LO
22. ¿Hay alguna razón por la que no podría aceptar trabajo en este momento? (Usted puede seleccionar "No" si tiene la intención de regresar a su empleador después de un cierre temporal debido a COVID-19 o si puede aceptar un trabajo adecuado a las circunstancias que enfrenta debido a COVID-19)					*		
23. ¿Va a la escuela?							
24. Durante los últimos 12 meses, ¿ha reclamado seguro por desempleo en algún estado?					*		Type

(Por favor complete las 3 páginas de esta solicitud)

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

25. Durante los últimos 18 meses, ¿ha estado en el servicio militar?	*		Disability Date
26. Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en servicio civil federal?	*		Non-SEP Issues
27. Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en algún otro estado?	*		JS REQ
28. ¿Ha recibido o recibirá de su empleador pago por vacación, días feriados, días de enfermedad no usados o por separación?	*		ERI
29. ¿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
30. ¿Ha declinado algún trabajo o recomendación de empleo desde que está desempleado? (Puede seleccionar "No" si le hicieron una oferta de trabajo que lo pone en riesgo de exposición a COVID-19 o si planea regresar a su empleador cuando se reanuden las operaciones).	*		CWC
31. Desde que está desempleado, ¿ha recibido pagos de Compensación para Trabajadores por alguna lesión o discapacidad relacionada con su trabajo?	*		SUPP DD
32. Su último empleador antes de presentar este reclamo <i>(sin importar el estado, tipo de trabajo o duración del trabajo)</i>			BC-EMPLOYER INFO
Nombre de la empresa _____			Employer No.
Dirección Postal <i>(Núm., Calle, Apto., Apartado postal, Ciudad)</i>		Estado	Código postal
_____			Send Notice
33. Último día trabajado antes de hacer este reclamo		Número de teléfono del empleador	
Mes	Día	Año	
_____	_____	_____	_____
34. ¿Cuánto tiempo trabajó para su último empleador? _____			BD-INTERVENING EMP
35. ¿Por qué ya no trabaja para su último empleador? <i>(Marque [x] la casilla que corresponda y escriba el motivo en el espacio provisto, si corresponde)</i>			LOC Code
36. Me despidieron por falta de trabajo o reducción de personal.			ER ATT
37. Yo renuncié porque: _____			
38. Me despidieron porque: _____			
39. Baja militar.			
40. Todavía trabajo a tiempo parcial.			
41. Mi empleador y el sindicato(s) están en una disputa laboral. <i>(Si esta casilla está marcada, el representante de reclamos llenará el formulario LD-1003)</i>			
42. ¿Para cuántos empleadores ha trabajado en los últimos tres años? _____			

43. INFORMACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD Y CERTIFICACIÓN DEL RECLAMO *(leer completamente antes de firmar)*

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". Al que se puede acceder en Internet en www.azui.com.

(Por favor complete las 3 páginas de esta solicitud)

B. CERTIFICACIÓN

Certifico que no estoy trabajando o que estoy trabajando a tiempo parcial o con ingresos reducidos. No busco beneficios bajo algún otro sistema de seguro por desempleo federal o estatal. No he solicitado ni recibo subsidio de subsistencia para capacitación de rehabilitación vocacional o un subsidio de asistencia educativa para huérfanos de guerra mediante el Departamento de Asuntos de Veteranos. 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.

44. Firma del solicitante _____	44. Fecha _____
---------------------------------	-----------------

Cuando se complete, envíe por fax a: 602-364-1210 o 602-364-1211 (en Phoenix) o
520-770-3357 o 520-770-3358 (en Tucson)

o

Envíe por correo a:

Department of Economic Security
Unemployment Insurance Administration
MD 5895
PO Box 29225
Phoenix AZ 85038-9225