

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

Número de Seguro Social: _____ Fecha: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

El **Programa de Confidencialidad de Domicilio** oculta la dirección de las personas que son víctimas de violencia doméstica. Para estar inscrito en el Programa de Confidencialidad de Domicilio, una persona debe haber presentado una solicitud en la oficina del Secretario de Estado y haber recibido una carta de aprobación.

¿Está actualmente inscrito en el Programa de Confidencialidad de Domicilio de AZ? Sí No

Si contestó "Sí", la oficina del defensor del cliente se comunicará con usted al número que indicó anteriormente. **No llene ninguna información adicional que no sea su firma al final de este formulario de solicitud.**

				DO NOT COMPLETE SHADED AREAS FOR OFFICIAL USE ONLY	
Apellido		Nombre		S. I.	
Dirección Postal (<i>Núm., Calle, Apto., Apartado postal</i>)		Ciudad	Estado	C. P.	
Domicilio (<i>Si es diferente de la dirección postal</i>)		Ciudad	Estado	C. P.	
Correo electrónico (<i>Opcional pero alentado</i>)		¿Tiene una licencia de conducir de AZ o una identificación emitida por el estado? Sí No		Si contestó "Sí", proporcione el número de licencia de conducir/ ID del estado de AZ	
Género	Raza	Etnia	Idioma		Deputy No.
Fecha de nacimiento		Provee una descripción breve de su profesión principal			
Mes	Día	Año			
Otros nombres o números de seguro social que haya usado durante los últimos dos (2) años					RES FIPS
¿Es veterano militar de los EE. UU.? Sí No Otra condición de veterano elegible					Commuter
¿Cuál fue el último grado de escuela completado? Grado _____ GED Diploma de preparatoria Vocacional Título universitario de dos años Licenciatura Maestría Doctorado					BB-CLAIM INFO
¿Su desempleo se debe al coronavirus 2019 (<i>COVID-19</i>)? Sí No					
Certifico que no estoy recibiendo compensación bajo las leyes de compensación por desempleo de Canadá. Sí No					
Los beneficios del seguro por desempleo están sujetos a los impuestos. Elija una de las siguientes opciones: No retenga impuestos Retenga impuestos federales Retenga impuestos federales y estatales					Claim Type N A R

(Complete las 3 páginas de esta solicitud)

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

<i>*Seleccionar esta respuesta puede resultar en una solicitud para más información del departamento</i>			SÍ	NO	Effective Date	
¿Es ciudadano de los Estados Unidos?				*		
Si no tiene ciudadanía, ¿tenía permiso legal para trabajar en los Estados Unidos en los últimos 18 meses? Si contestó "Sí", el número de permiso				*	File Date	
¿Está discapacitado?			*		LO	
¿Hay alguna razón por la que no podría aceptar trabajo en este momento?			*			
¿Trabaja por cuenta propia o es propietario u operador de un negocio, incluso una granja?			*			
¿Es usted un funcionario corporativo?			*			
¿Trabaja a comisión?			*			
¿Trabajó para una escuela o un empleador de Head Start durante los últimos 18 meses?			*			
¿Obtiene trabajo solo por medio de una sala de contratación de un sindicato y está en la lista de fuera de trabajo?			*			
¿Asiste a la escuela?			*			
Durante los últimos 12 meses, ¿ha solicitado seguro por desempleo en algún estado?			*		Type	
Durante los últimos 18 meses, ¿ha estado en el servicio militar?			*		Disability Date	
Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en servicio civil federal?			*		Non-SEP Issues	
Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en algún otro estado?			*		JS REQ	
¿Ha recibido o recibirá de su empleador pago por vacación, días feriados, días de enfermedad no usados o por separación?			*		ERI	
¿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	
¿Ha rechazado una oferta de trabajo o una recomendación para trabajar desde que se quedó sin empleo?			*		CWC	
Desde que está desempleado, ¿ha recibido pagos de compensación para trabajadores por alguna lesión o discapacidad relacionada con su trabajo?			*		SUPP DD	
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 _____						
Dirección Postal (Núm., Calle, Apto., Apartado postal, Ciudad)				Estado	Código postal	Send Notice
Último día trabajado antes de hacer este reclamo			Número de teléfono del empleador			BP ERS
Mes	Día	Año				
¿Cuánto tiempo trabajó para su último empleador? _____					BD-INTERVENING EMP	

(Complete las 3 páginas de esta solicitud)

	SÍ	NO	LOC Code
¿Volverá a reintegrarse con este empleador?			
¿Por qué ya no trabaja para su último empleador? (Marque [x] la casilla que corresponda y escriba el motivo en el espacio provisto, si corresponde)			
Me despidieron por falta de trabajo o reducción de personal.			ER ATT
Yo renuncié porque: _____			
Me dieron de baja porque: _____			
Baja militar.			
Todavía trabajo a tiempo parcial.			
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))			
¿Para cuántos empleadores ha trabajado en los últimos tres años? _____			

IDENTIFICACIÓN, INFORMACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD Y CERTIFICACIÓN DEL RECLAMO

A. IDENTIFICACIÓN

Incluya con su solicitud una fotografía clara de una identificación con foto válida emitida por el gobierno. Ejemplos de identificación con foto aceptable incluyen: una licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado, un certificado de naturalización de los Estados Unidos, una tarjeta de extranjero residente permanente, un pasaporte válido o una identificación militar. Alguien del Departamento se comunicará con usted para verificar su identidad antes de que reciba cualquier beneficio de beneficios de seguro por desempleo.

B. 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.

C. 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.

Firma del solicitante _____	Fecha _____
-----------------------------	-------------

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

Envíe por correo a:
 Department of Economic Security
 Unemployment Insurance Administration
 MD 5895
 PO Box 29225
 Phoenix AZ 85038-9225