

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Unemployment Insurance Program  
P. O. Box 29225 Mail Drop 5895, Phoenix, Arizona 85038-9225  
Fax: 602-364-1210 or 602-364-1211  
Fax: 520-770-3357 or 520-770-3358

### FILING OF WEEKLY CLAIMS

You are required to file your weekly claim online. Filing on the internet may result in faster payment of benefits because mail delivery and process time would be eliminated.

To file your weekly claim log on to our secure website at [www.azui.com](http://www.azui.com)

If you do not have a computer and/or internet access, please visit one of our Employment Service offices or your local library.

If you are unable to file your weekly claim on our secure website, please provide a detailed explanation why you need to receive paper weekly claims in the mail. Complete the bottom portion of this form and return it by mail or fax within five days to the fax number or address located on the top of this form.

Full Name: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Reason:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Programa de Seguro por Desempleo  
P. O. Box 29225 Mail Drop 5895, Phoenix, Arizona 85038-9225  
Fax: 602-364-1210 or 602-364-1211  
Fax: 520-770-3357 or 520-770-3358

## PRESENTACIÓN DE RECLAMOS SEMANALES

Usted deberá presentar su reclamo semanal por internet. Presentar su reclamo por internet puede resultar en pago más rápido porque se eliminaría el tiempo de proceso y entrega por correo.

Para presentar su reclamo semanal inicie una sesión en nuestro sitio de web seguro en [www.azui.com](http://www.azui.com)

Si no tiene una computadora o acceso a internet, por favor visite una de nuestras oficinas de Servicio de Empleo o su biblioteca local.

Si usted no puede presentar su reclamo semanal en nuestro sitio de web seguro, proporcione una explicación detallada de por qué necesita recibir reclamos semanales de papel por correo. Llene la parte inferior de este formulario y devuélvalo por correo o fax dentro de cinco días a el número de fax o la dirección ubicada en la parte superior de este formulario.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Razón:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_