

SOLICITUD INICIAL PARA ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR LA PANDEMIA

INFORMACIÓN INICIAL

SSN: _____ Fecha: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

El **Programa de Confidencialidad de Domicilio** está diseñado para ocultar 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 ante la oficina de Secretaría de Estado y haber recibido una carta de aprobación.

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

Si contestó "Sí", la oficina de resolución de quejas se comunicará con usted al número que mencionó anteriormente.

No llene ninguna información adicional aparte de su firma al final de este formulario de solicitud.

CERTIFICACIÓN POR SÍ MISMO

TODOS LOS SOLICITANTES: Responda las siguientes preguntas con respecto a su trabajo/empleo:

Para ser elegible para recibir PUA, debe certificar por sí mismo de que de otra manera puede trabajar y está disponible para trabajar, excepto que está desempleado, parcialmente desempleado, no puede trabajar o no está disponible para trabajar debido a al menos una de las siguientes categorías indicadas en la ley CARES:

Ha sido diagnosticado con COVID-19 o está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico.

Un miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19.

Está brindando atención a un miembro de su familia o un miembro de su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19.

Un niño u otra persona en mi hogar para el cual tengo la responsabilidad principal de cuidar no puede asistir a la escuela u otra instalación (*p.ej. guardería o programa de día*) que está cerrada como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19 y se requiere tal atención de la escuela o instalación para que pueda trabajar.

No puede llegar a su lugar de empleo debido a una cuarentena impuesta como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19.

Estaba programado para comenzar a trabajar y no tiene trabajo o no puede llegar al trabajo como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.

Tuvo que renunciar a su trabajo como resultado directo de COVID-19.

Trabaja por cuenta propia o como contratista independiente con ingresos declarables, incluso trabajo informal, y la emergencia de salud pública de COVID-19 ha limitado gravemente su capacidad para continuar realizando sus actividades laborales habituales y, por lo tanto, lo ha obligado a reducir o suspender tales ocupaciones.

No puede llegar a su lugar de empleo porque un proveedor de atención médica le ha aconsejado que siga los pasos de la autocuarentena debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19.

Si es así, ¿en qué fecha se suponía que iba a empezar a trabajar (*MM/DD/AAAA*)?

Se ha convertido en el sostén de la familia o el apoyo principal para un hogar porque el jefe de familia ha fallecido como resultado directo de COVID-19.

Su lugar de empleo está cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19.

Su lugar de trabajo, incluso una organización sin fines de lucro como una iglesia, está cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19.

Razón no mencionada anteriormente. Explique:

Entiendo que la certificación que hice en esta página por sí mismo está bajo pena de perjurio y que cualquier declaración falsa intencional al certificar que pertenezco a la categoría de COVID-19 que seleccioné anteriormente es fraude. Entiendo que, si se determina que he cometido fraude, puedo estar sujeto a un proceso penal.

Firma: _____ Fecha: _____

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 PUA.

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

¿Se le ha determinado monetariamente inelegible o descalificado para la compensación por desempleo regular desde el 5 de enero de 2020? Sí No

Si le ofrecen un trabajo, ¿puede aceptarlo? Sí No

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado en otro estado aparte de Arizona? Sí No

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado como civil para el gobierno federal? Sí No

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado para un instituto de educación superior, universidad o escuela? Sí No

Durante los últimos 2 años, ¿ha trabajado para cualquier gobierno local o estatal? Sí No

¿Tiene acciones en su empresa? Sí No

¿Tiene un control sustancial sobre su empresa? Sí No

Durante los últimos 2 años, ¿ha prestado servicio activo en el ejército de los Estados Unidos? Sí No

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____

Correo electrónico: _____

Dirección residencial (*Número de calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Dirección postal (*Núm., Calle o P.O. Box*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Método de comunicación preferido (Correo electrónico/Correo/Teléfono): _____

Fecha de nacimiento (*MM/DD/AAAA*): ____ / ____ / ____ Género: Masculino Femenino

Ciudadano de los estados unidos: Sí No

Si contestó "No", el número de registro de extranjero: _____

Está discapacitado: Sí No No deseo contestar

¿Efectúa o debe pagos de sustento para menores? Sí No

Nivel de educación más alto (*es decir, último grado, diploma de HS, GED, título, etc.*): _____

¿Es de origen hispano o latino? Sí No No deseo contestar

Raza –Marque todo lo que corresponda: Afroamericana/Negra Nativo estadounidense o de Alaska Asiática
 Nativo de Hawaii/Otra Isleño del Pacífico Blanca
 No deseo contestar

INFORMACIÓN DE EMPLEO ANTERIOR

Estado de empleo actual: Trabaja a tiempo completo Trabaja a tiempo parcial No trabaja
 Nunca trabajó Otro: _____

Si le ofrecen un trabajo, ¿**puede** aceptarlo? Sí No

Si contestó "No", indique la razón(es) por la que no podría aceptar el trabajo en este momento:
 Responsabilidad familiar Enfermedad/Discapacidad Falta de transporte Otra _____

Si le ofrecen un trabajo, ¿está **disponible** para aceptarlo? Sí No

Si contestó "No", indique la razón(es) por la que no podría aceptar el trabajo en este momento:
 Responsabilidad familiar Enfermedad/Discapacidad Falta de transporte Otra: _____

¿Trabaja por cuenta propia, o es el propietario u operador de un negocio o granja? Sí No

Si contestó "Sí", el tipo de negocio: Directivo Ventas directas Contratista independiente
 Opera una granja Negocio secundario Propietario único/Asociación Trabajo informal

¿Está en un puesto electo, designado o en una posición importante de formulación de políticas? Sí No

Si renunció a su trabajo debido a COVID-19, ¿tenía la capacidad de teletrabajar? Sí No

Si contestó "Sí", ¿aceptó la oferta de teletrabajo? Sí No

Si contestó "Sí", ¿recibió el mismo pago y horas mientras teletrabajaba? Sí No

¿Está recibiendo pago de ausencia por enfermedad u otros beneficios de ausencia pagada que son iguales a su pago normal? Sí No

Si es así, ¿en qué fecha finaliza el pago (MM/DD/AAAA)? _____

¿Cuándo fue su último día de trabajo real (MM/DD/AAAA)? _____

¿Tiene una fecha prevista de regreso al trabajo con su empleador o reanudar el trabajo por cuenta propia? Sí No

Si contestó "Sí", ¿en qué fecha espera regresar al trabajo o reanudar el trabajo por cuenta propia?: _____

¿Trabajaba a tiempo completo o tiempo parcial? Tiempo completo Tiempo parcial

¿Cuál es la última fecha en la que trabajó? _____

¿Es un trabajador por cuenta propia, dueño de un negocio, cuyo desempleo fue un resultado directo del virus COVID-19? Sí No

Si contestó "Sí" anteriormente, conteste las siguientes preguntas:

¿Es el dueño o único propietario de un negocio? Sí No

Si contestó "Sí", ¿cuál es el nombre del negocio? _____

Si contestó "Sí", ¿cuál es su FEIN/SSN de empleador? _____

HISTORIAL DE GANANCIAS

En la sección de "Ganancias" a continuación, proporcione prueba de sus ganancias y proporcione sus historiales de empleo anteriores para el año calendario 2019. **Todos los solicitantes deben proporcionar su historial de empleo, incluso si trabaja por cuenta propia, es un contratista, dueño de un negocio o trabaja de manera informal.**

Debe proporcionar documentación para respaldar la cantidad de sueldos trimestrales que proporciona. Si no puede proporcionar pruebas, su elegibilidad puede establecerse a la cantidad semanal mínima de \$117.00. También deberá proporcionar documentación para respaldar su elegibilidad de PUA, tal como una nota del médico para la cuarentena, prueba de estado como directivo, etc.

Su información salarial del año calendario 2019 se usará para determinar la cantidad de su beneficio semanal de PUA.

Proporcione documentación de cualquier sueldo y/o trabajo por cuenta propia con esta solicitud, si es posible.

La documentación aceptable puede incluir, pero no se limita a:

- Declaraciones de impuestos de 2019, incluso el Anexo C (si se completó);
- Formularios W2 o 1099 de 2019;
- Copias de los talones de cheque que muestran sus ganancias en 2019;
- Recibos bancarios que muestran depósitos en 2019;
- Sus registros de negocio de 2019, que incluyen: libros de contabilidad, facturas o avisos de facturación que le proporcionó a sus clientes, licencias comerciales, contratos y facturas de arrendamiento comercial, y anuncios de su negocio o servicios.

No es necesario tener todos los documentos arriba indicados, solo aquellos relevantes para su historial de trabajo. Además, si no tiene ninguno de los documentos arriba indicados, o esos documentos no reflejan su ingreso total de 2019, puede enviar copias de otros documentos que cree que demostrarían sus ingresos de 2019.

GANANCIAS

Enumere el historial de empleo total para el año calendario 2019 en las columnas de a continuación (*adjunte páginas adicionales según sea necesario*):

	Fechas trabajadas (de MM/AA a MM/AA)	Nombre (incluso su nombre o del negocio, si trabaja por cuenta propia) y dirección (incluso ciudad, estado y código postal) del empleador	Número de teléfono del empleador	Cantidad total de ganancias
1				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
2				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
3				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
4				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
5				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$

GANANCIAS (CONTINUACIÓN)

Enumere el historial de empleo total para el año calendario 2019 en las columnas de a continuación (*adjunte páginas adicionales según sea necesario*):

	Fechas trabajadas (de MM/AA a MM/AA)	Nombre (incluso su nombre o del negocio, si trabaja por cuenta propia) y dirección (incluso ciudad, estado y código postal) del empleador	Número de teléfono del empleador	Cantidad total de ganancias
6				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$
7				Q1 (1/1/19 - 3/31/19) \$ Q2 (4/1/19 - 6/30/19) \$ Q3 (7/1/19 - 9/30/19) \$ Q4 (10/1/19 - 12/31/19) \$

Proporcione la siguiente información con respecto a su ÚLTIMO empleador:

Escriba el nombre del EMPLEADOR (*no su nombre*) exactamente como aparece en su talón de cheque:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Es considerado una agencia temporal este empleador? (*Una agencia temporal se especializa en encontrar puestos para personas que buscan trabajo de manera temporal.*): Sí No

Si lo sabe, escriba el número de ID fiscal del estado de Arizona del empleador: _____

Si es marítimo, ingrese el nombre de la embarcación: _____

Puesto de trabajo: _____

Título ocupacional: _____ Código de ocupación: _____

Tipo de empleo: Regular Temporal de Temporada Contrato
 Práctica Formación Capacitación en el trabajo

¿Tiempo completo o parcial? Tiempo completo Tiempo parcial

¿Cuántas horas trabaja normalmente por semana? (*sin horas extras*):

Horas completas: _____ Horas parciales: _____

¿Cuál es su salario bruto? _____

Indique si ha recibido, o recibirá dentro de las próximas 52 semanas, un pago de cualquiera de los siguientes de este empleador.

Tipo de pensión	Cantidad mensual bruta máxima que recibiría o podría recibir	Cantidad bruta	Fecha vigente	Porcentaje que contribuyó, si corresponde
Gobierno federal				
Gobierno local				
Jubilación militar				
Empleador privado				
Gobierno estatal				
Jubilación de sindicato				

401(k)/403(b)/IRA/KEOGH:

Cantidad bruta: _____ por Semana Mes Año Bisemanal Bimensual

Compensación por discapacidad relacionada con el servicio militar (*responda "No" si VA le paga*): Sí No

OPCIONES DE PAGO

MÉTODO DE PAGO

¿Qué tipo de pago de beneficios le gustaría recibir? **Tarjeta de débito o Depósito directo***

*Para establecer el depósito directo, llene el formulario "Acuerdo para Depósito Directo" y envíelo junto con esta solicitud, o puede enviar el formulario después por fax o correo, según las instrucciones en el formulario.

PREFERENCIA DE RETENCIÓN FISCAL

¿Desea que se retenga el impuesto federal? (*Si contesta "Sí", sería el 10% de la cantidad de beneficio semanal*):
Sí No

¿Desea que se retenga el impuesto estatal? (*Si contesta "Sí", sería el 10% de la cantidad federal retenida*):
Sí No

OPCIONES DE CERTIFICACIÓN SEMANAL

Lo que debe hacer para solicitar beneficios semanales de Asistencia de Desempleo por la Pandemia

(Marque cada elemento a continuación para indicar que ha leído y comprende los siguientes requisitos antes de firmar a continuación):

Para que reciba beneficios de Asistencia de Desempleo por la Pandemia, usted debe presentar semanalmente un reclamo continuo (reclamo semanal), independientemente de su estado de elegibilidad. No se le puede pagar por ninguna semana que no presente un reclamo semanal. Puede presentar a partir del domingo en línea al visitar www.AZUI.com o al usar el formulario adjunto.

Todos los reclamos continuos semanales para la Asistencia de Desempleo por la Pandemia son para un calendario cuya semana es un periodo de siete (7) días consecutivos que comienza a las 12:00 a.m. del domingo y termina a las 11:59 p.m. del siguiente sábado. No puede presentar un reclamo semanal hasta que la semana anterior haya terminado.

Debe ser capaz y estar disponible para trabajar todos los días. Si le ofrecen un trabajo, debe poder aceptarlo y solo puede rechazar una oferta de trabajo de buena fe por una buena causa.

Si trabaja o gana algún dinero, debe declarar la cantidad total que ganó antes de las deducciones cuando presente su reclamo semanal. Debe declarar cualquier trabajo que desempeñe durante una semana, incluso si no se le ha pagado al momento de presentar su reclamo semanal.

Cuando declara sus ganancias, debe incluir propinas, comidas, alojamiento, mercancías o cualquier otro tipo de pago que reciba por los servicios. Debe declarar cualquier pago por presentarse al trabajo o por el tiempo de procesamiento, incluso si no trabajó. Debe declarar cualquier empleo parcial o temporal, ventas de comisión, trabajo esporádico o por cuenta propia.

Puede ganar hasta \$30.50 en una semana sin afectar sus beneficios semanales. Si gana más de \$30.50 en una semana, la cantidad en exceso se deducirá de la cantidad de su beneficio semanal. El beneficio pagadero se redondeará al dólar más cercano. Si tiene ingresos iguales o mayores a la cantidad de su beneficio semanal, no será elegible para los beneficios por esa semana.

Si tiene la responsabilidad de pagar sustento para menores, la División Servicios de Sustento para Menores puede deducir una parte del beneficio semanal. Cualquier cantidad deducida como sustento para menores es parte de los beneficios pagados a usted de la Asistencia de Desempleo por la Pandemia.

Si su información de contacto cambia, inicie una sesión en el tablero de solicitante y actualice su información de contacto e informe al Servicio Postal de los Estados Unidos de inmediato, incluso si no está solicitando beneficios en ese momento.

Debe leer y comprender el Manual de Asistencia de Desempleo por la Pandemia, que explica los requisitos con más detalle. El manual de PUA puede bajarse aquí:

<https://des.az.gov/services/employment/unemployment-individual/forms-pamphlets>.

RECONOCIMIENTO

Al presentar este formulario, certifié que:

1. Toda la información presentada es verdadera y completa,
2. Soy responsable de leer el Manual de PUA y cualquier otro material escrito oficial que se me proporcione con respecto a cualquier programa de beneficios. El manual de PUA puede bajarse aquí: <https://des.az.gov/sites/default/files/dl/UIB-1243A-S.pdf?time=1599016426002>; y
3. Reconozco que cualquier declaración falsa en este documento es punible de conformidad con CFR 625.14 a la que se hace referencia en la Sección 2102 de la ley CARES de 2020, con respecto a la falsificación jurada a las autoridades, y que una persona que a sabiendas hace una declaración falsa o retiene información para obtener UC u otros beneficios cometen un delito penal y pueden estar sujetos a una multa, encarcelamiento, restitución y pérdida de beneficios futuros.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR

Por fax:

(602) 362-5391 (PHOENIX)
 (888) 417-3639 (GRATUITO)

Por correo:

Department of Economic Security
 Unemployment Insurance Administration
 ATTN: PUA Processing / MD 5895
 P O Box 29225
 Phoenix AZ 85038-9225