

## INFORMACIÓN SOBRE UNA DISPUTA LABORAL

Favor de escribir con letra de molde

Nombre (*Apellido, Nombre de Pila, Inicial*): \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Soc.: \_\_\_\_\_

Domicilio (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*): \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del Ultimo Empleo (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*): \_\_\_\_\_

Ultimo Día de Trabajo Día: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Placa Empleado Nómina Número local del sindicato: \_\_\_\_\_

Razón del Desempleo: En huelga Respeto a la huelga Separación

Representante Designado: Mi sindicato Yo mismo(a) Otro: \_\_\_\_\_

**PARA LOS ASUNTOS REFERENTES A ESTE RECLAMO DE SEGURO POR DESEMPLEO**

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

Domicilio (*Núm., calle, ciudad, estado, código postal*): \_\_\_\_\_

Firma del Reclamante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTA PARTE LA LLENARA EL DIPUTADO EN LA OFICINA LOCAL  
(TO BE COMPLETED BY LOCAL OFFICE DEPUTY)**

Estado Responsable: \_\_\_\_\_ Nombre del Diputado: \_\_\_\_\_

Número del Diputado: \_\_\_\_\_ Núm. de Oficina Local: \_\_\_\_\_

**ESTA PARTE LA LLENARA EL DIPUTADO EN LA DISPUTA LABORAL(LD)  
(TO BE COMPLETED BY LOCAL DISPUTE DEPUTY)**

BYE: \_\_\_\_\_ UB-110 Received: Yes No

LD Beginning Date: \_\_\_\_\_ LD Ending Date: \_\_\_\_\_ A-9 (*Date & Initial*): \_\_\_\_\_