

# ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Administración para la Fuerza Laboral · Programa de Seguro por Desempleo

Esto es su estado de cuenta de su sueldo por su reclamo de Seguro por Desempleo.

**Favor de repasarlo cuidadosamente para asegurarse que:**

- Su nombre, dirección y número de seguro social están correctos.
- Todas sus ganancias y empleadores son correctos
- Todas las ganancias pertenezcan a usted.

**Fecha:**

**Explicación:**

**Oficina Local:**

**Al reverso de este formulario hay:**

- Una explicación de esta determinación.
- Lo que debe hacer si falta alguna información en este formulario o esté incorrecto. Se debe presentar protesta dentro de 10 días laborales de la fecha en este formulario.
- Información especial referente al sueldo militar o sueldo civil federal, y sueldo ganado en otros estados.

B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	C. CANTIDAD DE BENEFICIOS SEMANAL	D. ADJUDICACIÓN MAXIMA	E. PLAZO BASE	F. FECHA DE VIGENCIA	G. AÑO DE BENEFICIO TERMINA

H. EMPLEADORES DEL AÑO CALIFICATIVO	I. TRIMESTRE/ AÑO	J. TRIMESTRE/ AÑO	K. TRIMESTRE/ AÑO	L. TRIMESTRE/ AÑO	M. SUELDO TOTAL DE ESTE EMPLEADOR

<b>TOTALES:</b>	N.	O.	P.	Q.	R.
-----------------	----	----	----	----	----

Este formulario indica si Ud. califica para seguro de desempleo basado en su salario.

VEA AL REVERSO PARA UNA EXPLICACIÓN DEL ESTADO DE SUELDO Y LA DECLARACIÓN DE ADA.

**Para entender este Estado de Cuenta del Sueldo usted debe de saber el significado de los siguientes términos:**

Su PERIODO BASE generalmente significa los primeros cuatro de los últimos cinco trimestres calendarios cumplidos que preceden inmediatamente a la fecha en la cual usted presentó su reclamo. La casilla E muestra las fechas iniciales y de terminación de este periodo de un año. Un TRIMESTRE es un periodo de tres meses que corre: de enero hasta marzo, de abril hasta junio, de julio hasta septiembre, o de octubre hasta diciembre.

Su AÑO DE BENEFICIO es el periodo de un año durante el cual usted puede sacar los beneficios permitidos en este estado de cuenta. Su Beneficio Anual entra en vigencia (empieza) en la fecha mostrada en la casilla F y expira (termina) en la fecha mostrada en casilla G.

**Sus ganancias lo califican para una asignación si:**

1. Su año de beneficio comienza:

- Antes de agosto 5, 2012, su total trimestral más alto (casillas N - Q) es al menos \$1,500.00 en uno de los cuatros trimestres del periodo base, y las ganancias totales del periodo base son al menos 1 1/2 veces de su trimestre más alto.
- En o después de agosto 5, 2012, su total trimestral más alto (casillas N - Q) es al menos 390 veces el salario mínimo de Arizona en uno de los cuatros trimestres del periodo base, y las ganancias totales del periodo base son al menos 1 1/2 veces de su trimestre más alto.

O

2. Sus ganancias son al menos \$7,000.00 en ganancias totales en el meseno dos trimestres del año calificativo, con ganancias en un trimestre igual a \$5987.50 o más.

Su CANTIDAD SEMINAL DE BENEFICIOS (cajita C) es 1/25 del total trimestral más alto, redondeado al dólar más cercano, pero no más de \$240.

Su ASIGNACIÓN MÁXIMA (cajita D) es 26 veces su asignación seminal de beneficios, o un tercio de su total de periodo base, cualquiera sea menor.

**QUE HACER CUANDO HAY GANACIAS FALTANTES**

**NOTA: Las ganancias de los Empleados Federales Civiles Anteriores (UCFE por sus siglas en inglés) y de los ex militares (UCX por sus siglas en inglés) no se mostrarán en el primer Estado de Cuenta de Ganancias. Si usted reportó ser un empleado de UCFE o UCX cuando presentó su reclamo, usted no necesita comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre ganancias. Para mayor información, vea más abajo.**

**EX EMPLEADOS FEDERALES CIVILES**

Recomendaciones con respeto a si usted ha cumplido servicio civil federal, la cantidad de sus ganancias de una agencia federal, y la razón para separarse de cualquier agencia federal, son hechos por la agencia federal. Si usted desea información adicional referente a cualquiera de estas recomendaciones o si usted cree que alguna de estas recomendaciones no es correcta, usted puede pedir que la agencia federal le dé información adicional o que reconsidere y corrija tales recomendaciones. Su petición, con cualesquier dato que la respalde, debe de ser presentada a través de la oficina dónde usted empezó su reclamo, dentro de 10 días laborales después de la fecha postal en la primera pagina de este Estado de Cuenta.

**EX MILITAR**

Si usted cree que alguna información acerca del servicio militar en la cual se base esta decisión, no es correcta, comuníquese con la oficina de seguro por desempleo dentro de 10 días laborales después de la fecha postal de este Estado de Cuenta de Sueldo. También usted debe pedir reconsideración enviando una petición directamente a su división de servicio militar. Este estado de cuenta está basado en la información obtenida de su DD-214.

**RECLAMO QUE COMBINA GANACIAS**

Si su ASIGNACIÓN TOTAL es menos de \$6,240, y usted ganó un sueldo en otro estado durante su periodo base, pregúntele a un representante si estas ganancias se pueden usar para aumentar su asignación. Si usted cree que califica, su oficina de seguro por desempleo puede explicarle las opciones y procedimientos por presentar un reclamo de ganancias combinadas.

**DISPUTA DE GANACIAS**

**PRESENTE UNA DISPUTA DE GANACIAS SI SE HAN OMITIDO, O SE HAN LISTADO INCORRECTAMENTE, O USTED NO LAS HA GANADO.** Una disputa de ganancias puede ser tramitada en línea o por comunicarse con la oficina de seguro por desempleo. Es posible que puedan pedirle que provea el estado de cuenta de ganancias, su tarjeta de Seguro Social y cualquiera otra prueba que usted tenga sobre las ganancias faltantes o incorrectas (talones de cheque, formularios de W-2, etc.)

**Para que se paguen beneficios de manera oportuna, se debe de presentar su Disputa de Ganancias dentro de 10 días laborales de la fecha postal en su Estado de Cuenta de Sueldo.**

**Si usted fue un empleado federal de servicio civil, ex-militar, usted hizo transferir ganancias de otro estado, o ya ha presentado una disputa de ganancia, usted va a recibir un estado revisado cuando se informen de estas ganancias.**

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ● Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible que necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina de local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. ● Available in English.