



PR-SD-500
Rev. 07/2017

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO

Número de Seguro Social _____ Fecha _____ Nombre _____ Sexo _____ Fecha de Nac. _____ (Apellido Paterno Apellido Materno Nombre E Inicial) (M - F) MES DÍA AÑO Dirección Postal _____ (URB. / RES. / COND.) CORREO ELECTRÓNICO _____ (NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX O (APT.) (MUNICIPIO) (ESTADO) (ZIP CODE + 4) Dirección Residencial _____ (URB. / RES. / COND.) _____ (NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX O (APT.) (MUNICIPIO) (ESTADO) (ZIP CODE + 4) TELÉFONO _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Fecha Efect.</td> <td style="text-align: center;">Razón Ret.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MES DÍA AÑO</td> <td style="text-align: center;">MES DÍA AÑO</td> </tr> </table>	Fecha Efect.	Razón Ret.	MES DÍA AÑO	MES DÍA AÑO																								
Fecha Efect.	Razón Ret.																												
MES DÍA AÑO	MES DÍA AÑO																												
Si participa en un adiestramiento aprobado por el Director del N.S.E. Indique si este es: A- Universitario <input type="checkbox"/> B- No Universitario <input type="checkbox"/> Fecha en que termina MES DÍA AÑO _____																													
¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Si no es ciudadano, indique el número de su permiso _____ Grupo étnico: <input type="checkbox"/> hispano o latino, <input type="checkbox"/> no hispano o latino, <input type="checkbox"/> desconocido. Raza: <input type="checkbox"/> blanco, <input type="checkbox"/> negro o afro americano, <input type="checkbox"/> asiático, <input type="checkbox"/> indio americano o nativo de Alaska, <input type="checkbox"/> nativo de Hawaii o de otra isla del Pacifico, <input type="checkbox"/> mas de una raza, <input type="checkbox"/> raza desconocida. ¿Ofreció su patrono llamarle a trabajar de nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesto "Si", indique la fecha de reempleo: _____ MES DÍA AÑO Escolaridad: _____ ¿Consigue trabajo a través de una unión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuál fue su última ocupación? _____ ¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Está usted obligado a pagar pensión alimentaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Recibe usted alguna pensión, incluyendo seguro social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Interesa usted se le descuente contribución: Federal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Estatal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																													
<p>HISTORIAL DE TRABAJO</p> <p>Anote su historial de trabajo durante los 15 meses previos a la fecha de esta solicitud. Incluyendo el servicio civil federal, el servicio militar activo y el empleo en los Estados Unidos. Comience con el último patrono hacia atrás cronológicamente.</p>																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Nombre del Patrono</td> <td style="width:10%;">Duración:</td> <td style="width:60%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">1.</td> <td>Desde</td> <td>Hasta</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Trabajo Realizado</td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td colspan="2">Razón de Desempleo</td> </tr> <tr> <td>Municipio</td> <td>Estado</td> <td>Zip Code</td> </tr> </table>	Nombre del Patrono	Duración:		1.	Desde	Hasta	Trabajo Realizado		Dirección	Razón de Desempleo		Municipio	Estado	Zip Code	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</td> </tr> <tr> <td>Unión _____</td> </tr> <tr> <td>Escolaridad _____</td> </tr> <tr> <td>Clasificación ERE _____</td> </tr> <tr> <td>Clasificación Ocupacional: _____</td> </tr> <tr> <td>3(f) Tipo Reclamación _____</td> </tr> <tr> <td>¿Monetaria? _____</td> </tr> <tr> <td>Registro S. E. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Fecha Registro _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MES DÍA AÑO</td> </tr> <tr> <td>Programa _____</td> </tr> <tr> <td>Entrevistador _____</td> </tr> <tr> <td>Oficina Local _____</td> </tr> <tr> <td>¿Contar? _____</td> </tr> </table>	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	Unión _____	Escolaridad _____	Clasificación ERE _____	Clasificación Ocupacional: _____	3(f) Tipo Reclamación _____	¿Monetaria? _____	Registro S. E. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha Registro _____	MES DÍA AÑO	Programa _____	Entrevistador _____	Oficina Local _____	¿Contar? _____
Nombre del Patrono	Duración:																												
1.	Desde	Hasta																											
	Trabajo Realizado																												
Dirección	Razón de Desempleo																												
Municipio	Estado	Zip Code																											
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO																													
Unión _____																													
Escolaridad _____																													
Clasificación ERE _____																													
Clasificación Ocupacional: _____																													
3(f) Tipo Reclamación _____																													
¿Monetaria? _____																													
Registro S. E. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																													
Fecha Registro _____																													
MES DÍA AÑO																													
Programa _____																													
Entrevistador _____																													
Oficina Local _____																													
¿Contar? _____																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Nombre del Patrono</td> <td style="width:10%;">Duración:</td> <td style="width:60%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">1.</td> <td>Desde</td> <td>Hasta</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Trabajo Realizado</td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td colspan="2">Razón de Desempleo</td> </tr> <tr> <td>Municipio</td> <td>Estado</td> <td>Zip Code</td> </tr> </table>	Nombre del Patrono	Duración:		1.	Desde	Hasta	Trabajo Realizado		Dirección	Razón de Desempleo		Municipio	Estado	Zip Code	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO</td> </tr> <tr> <td>Número de Patrono _____</td> </tr> <tr> <td>Clasif. Industrial _____</td> </tr> <tr> <td>Entidad Jurídica _____</td> </tr> <tr> <td>S N A _____</td> </tr> <tr> <td>Codificación de separación _____</td> </tr> <tr> <td>Estado Industrial _____</td> </tr> </table>	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	Número de Patrono _____	Clasif. Industrial _____	Entidad Jurídica _____	S N A _____	Codificación de separación _____	Estado Industrial _____							
Nombre del Patrono	Duración:																												
1.	Desde	Hasta																											
	Trabajo Realizado																												
Dirección	Razón de Desempleo																												
Municipio	Estado	Zip Code																											
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO																													
Número de Patrono _____																													
Clasif. Industrial _____																													
Entidad Jurídica _____																													
S N A _____																													
Codificación de separación _____																													
Estado Industrial _____																													

HISTORIAL DE TRABAJO (Cont.)				NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
Nombre del Patrono: 2.		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____	
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		
Nombre del Patrono: 3.		Duración:			
		Desde	Hasta		
Dirección:		Trabajo Realizado			
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		

ADVERTENCIA: La ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que ofrezcan información falsa con el propósito de obtener beneficios.

CERTIFICO: Que estoy desempleado, que estoy apto y disponible para trabajar, que me he registrado para solicitar empleo, que reclamo los beneficios de seguro por desempleo y que todos los datos aquí ofrecidos son ciertos y correctos a mi mejor saber y entender.

Firma del Reclamante		Firma del Entrevistador	
Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor	

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - PARA USO DE LA OFICINA
INFORMACIÓN SOBRE EL PATRONO ADICIONAL**

Nombre del Patrono:		Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____			
		Desde	Hasta				
Dirección:		Trabajo Realizado					
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo				
Fecha Registro en SABEN		Registrado en SABEN por				Firma del Supervisor	

ELIMINACIÓN DE PATRONO

Seguro Social	Clave ALFA	Número Cuenta Patronal
Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor



PR-AD-1
 Rev. 1/88

SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO OCASIONADO POR DESASTRE
LEY REMEDIAL DE DESASTRE DE 1974

Número de Seguro Social: _____

Nombre: _____

Solicito asistencia por desempleo ocasionado por desastre por el período de desempleo causado por el desastre que comenzó en _____.

Estoy desempleado por la siguiente razón (explique detalladamente):

Tiene usted alguna incapacidad física causada por el desastre? Si No

Mi salario o ingreso por empleo propio era: \$ _____ semanal.

\$ _____ mensual.

En el período de trece semanas anteriores a la fecha en que comenzó el desastre trabajé _____ semanas y obtuve salarios o ingresos por empleo propio por la cantidad de \$ _____.

Advertencia: La Ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que ofrezcan información falsa con el propósito de obtener beneficios.

Certifico: Que la información que he ofrecido es correcta, que conozco las penalidades que dispone la Ley por ofrecer información falsa con el propósito de obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho y que se me proveyó la notificación requerida por la Ley de Privacidad de 1974.

Firma del Reclamante	Fecha	Firma del Entrevistador
_____	_____	_____

Si trabajó en empleo propio tiene que completar además el Formulario PR-AD-1A, "Suplemento a la Solicitud de Asistencia por Desempleo Ocasionado por Desastre de Personas en Empleo Propio"

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

PARA USO DE LA OFICINA LOCAL

Número del Desastre: _____

Declaración Número: _____

Incapacitado por el desastre: _____

Último día trabajado: _____

Clasificación: _____

Codificación de Determinación: _____

Fecha de registro en SABEN	Registrado en SABEN por:	Firma del Supervisor
_____	_____	_____



PR-AD-1A
Rev. 03/2019

SUPLEMENTO A LA SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO
OCASIONADO POR DESASTRE DE PERSONAS EN EMPLEO PROPIO

1. Nombre de solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)	2. Desastre Número	3. Oficina Local	4. Núm. Seguro Social		
5. Nombre y dirección del Negocio (núm., calle, pueblo o ciudad, país, zona postal)	6. Empleo propio (marque el encasillando correspondiente): Se dedica a: <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Profesión En Calidad de: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Socio				
A. Información Sobre Empleo Propio (conteste todas las Preguntas)					
1. Describa la naturaleza de su empleo; desde cuando trabaja en empleo propio:					
2. ¿Requería dicho empleo propio que usted prestara servicios durante parte de su tiempo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique					
3. ¿Estaba usted prestando servicios relacionados con su empleo propio cuando ocurrió el desastre? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, explique En caso afirmativo, indique los servicios prestados					
4. ¿Evitó el desastre que usted prestara todos los servicios relacionados con su empleo propio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, indique los servicios prestados					
5. Desde que ocurrió su desempleo, ¿ha estado usted realizando o ha podido realizar algún trabajo para restaurar o mejorar el valor o la capacidad de aumentar las ganancias de su empleo propio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, explique					
6. A la fecha del desastre, ¿Dependía de este empleo propio como su ocupación principal y fuente de su sostenimiento? En caso negativo, explique <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
7. ¿Tiene otra ocupación además de su empleo propio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, Completar esta información:					
OCUPACIÓN	HORARIO SEMANAL	SALARIO BRUTO (SEMANAL)	EFFECTOS DE DESASTRE		
8. ACTIVIDADES AGRÍCOLAS (SI APLICA)					
Tamaño de la finca (en acres):					
A continuación, indique todos los productos agrícolas para la venta y del cual recibe ingresos la finca:					
COSECHAS		ANIMALES DOMÉSTICOS		OTROS (ESPECIFIQUE)	
Clase	Acres	Clase	Acres	Clase	Acres
9. Certifico que la información que le he ofrecido aquí es correcta. La he ofrecido voluntariamente con el propósito de obtener asistencia por Desempleo Ocasionado por Desastre. Tengo conocimiento que la ley dispone penalidades por ofrecer información falsa u ocultar hechos materiales con el propósito de obtener beneficio. Se me ha provisto la notificación requerida por la Ley de Confidencialidad de 1974 para ser usada en el Programa de Asistencia por Desempleo Ocasionado por Desastre.					
Firma del Solicitante			Fecha (mes, día, año)		



PR-AD-6

Verificación de Empleo Prospectivo
 Para cualificar para asistencia Desempleo
 Desempleo por Desastre (DUA)

Nombre: _____
 Seguro Social: _____
 Probable duración del empleo
 Desde: _____ hasta _____

Empleo Prospectivo

1. Nombre del Patrono: _____
2. Dirección Postal: _____

3. ¿Se le ofreció un empleo directamente al reclamante [] Si [] No
4. ¿Cuánto se le ofreció? _____
5. Nombre y posición de la persona que ofreció el empleo: _____
 _____ Teléfono _____
6. Trabajo a realizar: _____
7. Salario ofrecido: \$ _____ por hora
8. Horas semana: _____
9. Razón por la cual no pudo comenzar: _____

10. ¿Cuándo espera comenzar a trabajar? _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE HE SOMETIDO EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA A MI MEJOR ENTENDER Y CONOCIMIENTO Y SE QUE SE APLICARAN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES A LOS PATRONOS, INDIVIDUOS O TERCERAS PARTES QUE HAGAN FALSAS RECLAMACIONES O DEJEN DE SOMETER INFORMACION CON EL PROPOSITO DE QUE SE DENIEGUEN O DE QUE SE ENITAN PAGOS QUE NO PROCEDAN

NUM. ID FEDERAL DEL PATRONO

NUM. CUENTA ESTATAL DEL PATRONO

 Firma/Título del Patrono o Representante
 []

 Fecha
 []