



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)		