



DEPARTAMENTO DEL
TRABAJO
Y RECURSOS HUMANOS
GOBIERNO DE PUERTO RICO

NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
DIVISIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO

RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE DE PUA
PUA CONTINUED CLAIM

Núm. Seguro Social Social Security No.	NIP PIN	Nombre Name	Tipo Type T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Programa Program PUA	Oficina Office	Semana 1 Week 1		Semana 2 Week 2	
						Sí Yes	No No	Sí Yes	No No
<p>Conteste las siguientes preguntas para cada semana reclamada: Answer the following questions for each week claimed:</p>									
<p>1. ¿Recibió o rechazó alguna oferta de empleo durante las semanas que está reclamando? Were you offered or did you refuse any offer of work during the claimed weeks?</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. ¿Comenzó a trabajar a tiempo completo durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa, indique la fecha cuando se empleó nuevamente (mes-día-año): ____-____-____ Did you start full-time work during the claimed weeks? If yes, state the date you were reemployed (month-day-year): ____-____-____</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. ¿Estuvo trabajando a tiempo parcial durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa y si fue como empleado, su patrono debe llenar y certificar el dorso de esta reclamación. Did you work part-time during the weeks claimed? If yes and if it was as an employee, your employer must complete and certify the back of this claim.</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. ¿Recibió paga por vacaciones o por enfermedad durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa, provea copia del talonario. Did you receive any vacation or sick leave pay during the claimed weeks? If yes, provide a copy of the pay stub.</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. ¿Comenzó a recibir alguna pensión gubernamental, privada o de Seguro Social por incapacidad (excluyendo pensión alimentaria y Seguro Social por edad) o cambió la cantidad de pensión que recibía por dicho concepto durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa, provea evidencia que incluya la cantidad que recibe mensualmente. De ser pensión por incapacidad, también provea evidencia de permiso para trabajar. Did you receive a pension, either governmental, private or Social Security disability (excluding alimony and Social Security for reason of age), or has your current pension's amount changed during the claimed weeks? If yes, provide evidence of the amount received monthly. If it is a disability pension, also provide evidence of permission to work.</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. ¿Recibió pagos por empleo propio o bono durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa, indique la cantidad recibida. Además, provea evidencia del pago (ej. talonario o cheque). Did you receive any payment for self-employment or bonus during the claimed weeks? If yes, state the amount received. You must also provide evidence of said payment. (i.e. pay stub or check).</p>						<input type="checkbox"/> \$ ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ ____	<input type="checkbox"/>
<p>7. ¿Estuvo apto y disponible para trabajar durante las semanas que está reclamando? En la negativa, indique si se debió a alguna de las razones relacionadas al COVID-19 que se incluyen en la pregunta #12. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Where you able and available for work during the claimed weeks? If not, state whether it was due to one of the COVID-19 related reasons included in question #12. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. ¿Comenzó a estudiar o asistir a un adiestramiento durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa, indique si se trata de estudios o adiestramiento sobre una ocupación en demanda de las aprobadas por el Director del Negociado de Seguridad de Empleo. (Vea lista de ocupaciones: www.trabajo.pr.gov/seguro_por_desempleo.asp.) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Did you start going to school or attending training during the claimed weeks? If yes, state whether your studies or training pertain to one of the occupations in demand approved by the Director of the Employment Security Bureau. (See list of occupations: www.trabajo.pr.gov/seguro_por_desempleo.asp.) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. ¿Dejó de estudiar o asistir a un adiestramiento durante las semanas que está reclamando? En la afirmativa indique desde cuándo: Did you stop attending school or training during the claimed weeks? If yes, indicate date you stopped: (m-d-y): ____-____-____</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. ¿Recibió algún pago de asistencia de desempleo por desastre (DUA) durante las semanas que está reclamando? If you are claiming benefits under disaster unemployment assistance (DUA): Did you receive any compensation connected with the disaster on the claimed weeks?</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. ¿Durante las semanas que reclama, realizó una búsqueda de trabajo activa que consistió en tres contactos para cada semana? En la negativa, indique si se debió a alguna de las razones relacionadas al COVID-19 que se incluyen en la pregunta #12. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> During the claimed weeks, did you make an active work search consisting of three contacts each week? If not, state whether it was due to one of the COVID-19 related reasons included in question #12. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12. ¿Durante las semanas que está reclamando, se encuentra desempleado o parcialmente empleado por alguna de las siguientes razones relacionadas al COVID-19? En la afirmativa, seleccione la razón correspondiente: During the claimed weeks, have you been unemployed or partially unemployed due to at least one of the following reasons related to COVID-19? If yes, select the corresponding reason:</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>a. Ha sido diagnosticado con COVID-19 o tiene síntomas del virus y está en el proceso de obtener un diagnóstico médico; You have been diagnosed with or are experiencing symptoms of COVID-19 and are seeking a medical diagnosis;</p>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>b. Un miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19; A member of your household has been diagnosed with COVID-19;</p> <p>c. Es el cuidador de un miembro de su familia o de su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19; You are providing care for a family member or a member of your household who has been diagnosed with COVID-19;</p> <p>d. Su hijo(a) u otra persona de su hogar para quien usted tiene la responsabilidad principal de proveer cuidado no puede ir a la escuela o instalación de cuidado porque está cerrada como resultado directo de la emergencia de salud pública provocada por el COVID-19, y la operación de dicha escuela o centro de cuidado es necesaria para que usted pueda trabajar; Your child or other person from your household, for which you have primary caregiving responsibility, is unable to attend school or another care facility that is closed as a direct result of the COVID-19 public health emergency and such school or care facility is required for you to be able to work;</p> <p>e. Está impedido de presentarse a su trabajo debido a la cuarentena impuesta como consecuencia directa de la emergencia de salud pública provocada por el COVID-19; You are unable to reach your place of employment because of a quarantine imposed due to the COVID-19 public health emergency;</p> <p>f. Está impedido de ir a trabajar porque ha sido aconsejado por un proveedor del cuidado de la salud a mantenerse en cuarentena por preocupaciones relacionadas al COVID-19; You are unable to reach your place of employment because you have been advised by a health care provider to self-quarantine due to concerns related to COVID-19;</p> <p>g. Estaba programado para comenzar a trabajar y no tiene trabajo o está impedido de llegar al trabajo como resultado directo de la emergencia de salud pública provocada por el COVID-19; You were scheduled to commence employment and do not have a job or are unable to reach the job as a direct result of the COVID-19 public health emergency;</p> <p>h. Se ha convertido en el proveedor principal del hogar debido a que el anterior proveedor principal del hogar murió como consecuencia directa del COVID-19; You have become the breadwinner or major support for a household because the head of household has died as a direct result of COVID-19;</p> <p>i. Tuvo que renunciar al trabajo como consecuencia directa del COVID-19; You had to quit your job as a direct result of COVID-19;</p> <p>j. Su lugar de trabajo está cerrado como consecuencia directa del COVID-19; Your place of employment is closed as a direct result of COVID-19;</p> <p>k. Otra razón relacionada al COVID-19. Explique. Another reason related to COVID-19. Explain.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Deberá mantener un record de las gestiones de empleo realizadas para evitar ser descalificado a recibir beneficios.
You must keep a record of work search contacts or you could be disqualified to continue to receive benefits.

IMPORTANTE: Si su dirección postal o residencial cambió, no envíe este formulario por correo. Llévelo personalmente a su oficina local.
IMPORTANT: If your postal or residential address changed do not mail this form. Visit your nearest local office.

CERTIFICO: bajo pena de perjurio que la información que he ofrecido aquí es correcta. La he ofrecido voluntariamente con el propósito de obtener Asistencia de Desempleo Pandémico (PUA) por COVID-19. Tengo conocimiento que la Ley dispone penalidades civiles y criminales, incluyendo cargos criminales, por ofrecer información falsa o fraudulenta, o por hacer representaciones falsas, y por ocultar hechos materiales con el propósito de obtener pagos por beneficios a los que no tengo derecho.

I DO CERTIFY: under penalty of perjury that the information I have provided here is correct. I have volunteered it for the purpose of obtaining Pandemic Unemployment Assistance (PUA) for COVID-19. I am aware that the law provides civil and criminal penalties, including prosecution, for offering false or fraudulent information, including misrepresentation, or hiding material facts for the purpose of obtaining payments of benefits to which I am not entitled.

FIRMA DEL RECLAMANTE/CLAIMANT'S SIGNATURE

FECHA/DATE

La ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que oculten o provean información falsa con el propósito de obtener beneficios. Toda violación será investigada y de encontrarse evidencia de fraude se aplicará el periodo de descalificación según lo dispone la Sección 4(b)(7) de la Ley de Seguridad de Empleo o será referido para un procedimiento criminal por apropiación ilegal agravada según lo dispone el Código Penal de Puerto Rico.

The law imposes severe penalties to claimants that, with intent to defraud, conceal or give false statement for the purpose of obtaining benefits. All violations will be thoroughly investigated and in cases where evidence of fraud is found, the disqualification period stated in Section 4(b)(7) of the Employment Security Act will be applied or referred for criminal procedure for aggravated illegal misappropriation according to the State Penal Code.

INFORME DEL PATRONO SOBRE INGRESOS PARCIALES / EMPLOYER PARTIAL EARNINGS REPORT							
Núm. Seguro Social Social Security No.	NIP PIN	Nombre Name	Tipo Type	Programa Program	Oficina Office	Semana 1 Week 1	Semana 2 Week 2
			P	PUA			
<p>1. Horas trabajadas / Number of hours worked</p> <p>2. Horas que el patrono tenía disponibles / Number of hours that employer had available</p> <p>3. Salario devengado / Wages earned</p> <p>4. Razón para la semana parcial: / Reason for the partial work: -Escasez de trabajo / Lack of work -Otras razones / Other reasons</p> <p>5. Número de horas para las cuales fue contratado / Number of hours for which he/she was hired</p>						<p>___ HRS.</p> <p>___ HRS.</p> <p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 30</p> <p>___ HRS.</p>	<p>___ HRS.</p> <p>___ HRS.</p> <p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 30</p> <p>___ HRS.</p>
NOMBRE DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO NAME OF BUSINESS OR ESTABLISHMENT		FIRMA DEL PATRONO U OFICIAL AUTORIZADO SIGNATURE OF EMPLOYER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE		NÚMERO DE CUENTA DEL NSE EMPLOYER'S ACCOUNT NUMBER		FECHA DATE	

FAVOR ENVIAR LAS RECLAMACIONES PARCIALES A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
PLEASE MAIL YOUR PARTIAL WEEKLY CLAIMS TO THE FOLLOWING ADDRESS:

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
PO BOX 190797
San Juan, PR 00919-0797

PARA RECLAMAR SEMANAS PUEDE UTILIZAR:
FOR WEEKLY CLAIMS YOU CAN ACCESS:

-INTERNET ACCEDIENDO: www.trabajo.pr.gov EN LA SECCIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO
INTERNET LOGIN www.trabajo.pr.gov UNDER EMPLOYMENT INSURANCE SECTION