



PR-SD-524  
(Rev. 1/05)

Negociado de Seguridad de Empleo  
División de Seguro por Desempleo  
Hato Rey, Puerto Rico

### CERTIFICACIÓN DE INGRESOS

Número de Seguro Social	Nombre del Reclamante	Oficina Local
-------------------------	-----------------------	---------------

Certifico: Durante las semanas indicadas mis ingresos por concepto de trabajo fueron los siguientes.

A		B	
Semana terminada en		Semana terminada en	
Número de horas trabajadas		Número de horas trabajadas	
Salario devengado		Salario devengado	
Nombre de Patrono		Nombre de Patrono	

Certifico, además, que no he devengado otros salarios fuera de los aquí informados. Tengo conocimiento de que la Ley impone penalidades por ofrecer u ocultar información con el propósito de recibir beneficios.

Firma del Reclamante	Fecha
----------------------	-------