



PR-SD-537 A

NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
 DIVISIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALARIOS DEVENGADOS

Para ser completado por el reclamante

Usted estableció una reclamación de beneficios por desempleo, la cual resultó inelegible monetariamente. No le aparecen todos los salarios devengados en el período básico. Para poder emitir una re-determinación de elegibilidad en su caso es indispensable que usted conteste este formulario lo antes posible.

Nombre del reclamante

Número de Seguro Social

Nombre del patrono (compañía)

Dirección

Naturaleza del Negocio:

Lugar de Empleo:

Período de Empleo

Salario

Desde:

Hasta:

Bruto: \$

Hora Semanal Quincenal

Mensual

CERTIFICO que la información ofrecida es cierta, correcta y que conozco las penalidades que dispone la ley por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios que no me corresponden.

Firma del Reclamante

Fecha

La información no se procesará sin evidencia

Indicar la evidencia enviada:

- Talonarios
- Copia de cheque
- W - 2
- Certificación del Patrono
- Otros

Devolver a:

Departamento del Trabajo y Rec. Humanos
 División de Seguro por Desempleo
 P.O Box 190840
 San Juan, P.R. 00919-0840
 Fax: 787-945-7475

La evidencia solicitada debe corresponder al periodo desde _____ hasta _____