



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos



PR-SD-541
Rev. 6/2007

Negociado de Seguridad de Empleo
División de Seguro por Desempleo

SOLICITUD PARA BENEFICIOS ADICIONALES

Núm. Seguro Social _____ Clave alfa _____

Fecha Efectividad _____	Razón Retro. _____
Mes Día Año	

1. Nombre de Patrono _____ Número SED _____

2. Último día trabajado _____ 4. Razón de separación _____
Mes Día Año

Para identificar al reclamante se solicitó:

NIP Dir. Postal Dir. Res Patrono PB Fecha Nac. Otros:

Si su dirección cambió, favor anotar la misma:

Postal

(Urb./ Res/ Cond)			
_____		_____	
(P.O. Box/Calle/HC/RR Box)	(Edif/Torre)	(Apt.)	
_____		_____	
(Municipio)	(Estado)	(Zip Code)	(+4)

Residencial

_____		_____	
(Urb./ Res/ Cond)		(Número)	
_____		_____	
(Calle)	(Edif/Torre)	(Apt.)	
_____		_____	
(Municipio)	(Estado)	(Zip Code)	(+4)

Teléfonos _____

Certifico que los datos aquí ofrecidos son ciertos y correctos a mi mejor saber y entender y que conozco que la Ley impone severas penalidades por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios.

Firma del Reclamante

Fecha

Firma del Entrevistador