



PR-SD-566
 Rev. 04/2017

NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
 DIVISION DE SEGURO POR DESEMPLEO

RECLAMACION SUBSIGUIENTE / CONTINUED CLAIM

Núm. Seguro Social Social Security No.	NIP/PIN	Nombre/Name	Tipo Type	Programa Program	Oficina Office	Semana 1 Week 1	Semana 2 Week 2
---	---------	-------------	--------------	---------------------	-------------------	--------------------	--------------------

Conteste las siguientes preguntas para cada semana reclamada: Answer the following questions for each week claimed:			SI YES	NO	SI YES	NO					
1. ¿Comenzó a trabajar durante las semanas que está reclamando? Did you start to work during the claimed weeks? Indique la fecha cuando se empleó nuevamente. Enter the date you were reemployed.	<table border="1"> <tr> <th>Mes/Mo.</th> <th>Día/Day</th> <th>Año/Year</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Mes/Mo.	Día/Day	Año/Year				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mes/Mo.	Día/Day	Año/Year								
2. ¿Estuvo trabajando a tiempo parcial durante las semanas que está reclamando? Did you work part time during the weeks claimed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3. ¿Recibió paga por vacaciones o por enfermedad no informadas anteriormente? Did you receive any vacation or sick leave pay not previously reported?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4. ¿Comenzó a recibir alguna pensión (excluyendo la de Seguro Social) o cambió la cantidad de pensión que recibía durante las semanas que está reclamando? Did you receive a pension (other than SS) or has your current pension's amount changed during the claimed weeks?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5. ¿Recibió pagos por empleo propio o bono durante las semanas que está reclamando? Did you receive any payment for self-employment or any bonus during the claimed weeks? Si contesta SI, indique el ingreso bruto. If YES – enter your gross income.		\$		\$							
6. ¿Estuvo apto y disponible para trabajar durante las semanas que está reclamando? Were you able and available for work during the claimed weeks?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. ¿Comenzó a estudiar o asistir a un adiestramiento durante las semanas que está reclamando? Did you start going to school or attending training during the claimed weeks?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8. ¿Usted dejó de estudiar o asistir a un adiestramiento durante las semanas que está reclamando? Did you stop attending school or training during the claimed weeks?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9. ¿Recibió algún pago por desastre para las fechas que está reclamando? If you are claiming benefits under disaster unemployment assistance: Did you receive any compensation connected with the disaster on the claimed weeks?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10. ¿Realizó una búsqueda de trabajo activa que consistió en tres contactos para cada semana? Did you make an active work search consisting of three contacts each week?		<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 address changed do not mail this form, visit your nearest local office.

CERTIFICO: Que la información ofrecida es cierta y correcta a mi mejor saber y entender y que conozco las penalidades que dispone la Ley por ofrecer información falsa u ocultar información necesaria con el propósito de obtener beneficios que no me corresponden.	I DO CERTIFY: That the information furnished is true and correct to the best of my knowledge and belief and that I know the penalties the Law establishes for providing false information or failing to disclosure information in order to receive benefits I am not entitled to receive.
--	--

FIRMA DEL RECLAMANTE / CLAIMANT'S SIGNATURE	FECHA / DATE
---	--------------

La ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que oculten u ofrezcan 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 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 obtain 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 misappropriation according to state civil code.

INFORME DEL PATRONO SOBRE INGRESOS PARCIALES EMPLOYER PARTIAL EARNINGS REPORT	Semana 1 Week 1	Semana 2 Week 2
1. Horas trabajadas / Number of hours worked	_____ HRS.	_____ HRS.
2. Horas que el patrono tenía disponibles / Number of hours that employer had available	_____ HRS.	_____ HRS.
3. Salario devengado / Wages earned	\$ _____	\$ _____
4. Razón para la semana parcial: / Reason for the partial week: - Escasez de trabajo / Lack of work - Otras razones / Other reasons	<input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 30
5. Número de horas para la cual fue contratado / Number of hours for which he/she was hired	_____ HRS.	_____ HRS.

NOMBRE DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO NAME OF BUSINESS OR ESTABLISHMENT	FIRMA DEL PATRONO U OFICIAL AUTORIZADO SIGNATURE OF EMPLOYER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	NUMERO 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:
 SISTEMA INTERACTIVO DE VOZ, LLAMANDO AL (787) 625-7900
 INTERNET ACCESANDO www.trabajo.pr.gov EN LA SECCION DE SEGURO POR DESEMPLEO

FOR WEEKLY CLAIMS YOU CAN ACCESS:
 INTERACTIVE VOICE RESPONSE (IVR), DIALING (787) 625-7900
 INTERNET LOGIN www.trabajo.pr.gov UNDER UNEMPLOYMENT INSURANCE SECTION