



PR-SD-589
(Rev. 7/2008)

DIVISIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO
HATO REY, PUERTO RICO

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EXTENDIDOS

Nombre	Núm. Seguro Social	Fecha de Efectividad		
		Mes	Día	Año

1. ¿Estuvo empleado después de haber agotado sus beneficios regulares? Sí No

2. ¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad? Sí No

Si su dirección postal cambió, anote la nueva:

Urb/Res/Cond	Edif/Torre	Apt
Número	Calle/PO Box/HC/RR Box	
Municipio	Estado	Zip Code + 4
Teléfono ()		()

Si estuvo trabajando después de agotar los beneficios regulares, favor de proveer los siguientes datos en relación con su último patrono:

Nombre del Patrono		Duración de Empleo Desde		Hasta	No escriba en este espacio. Número de Patrono Clasif. Industrial Ent. Jurídica
Dirección		Trabajo Desempeñado			
Municipio	Estado	Razón de Desempleo			

Solicito se determine mi elegibilidad a beneficios bajo el Programa de Beneficios Compensación de Emergencia, y certifico que los datos aquí aportados 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