



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Departamento del Trabajo y
Recursos Humanos



PR-AD-1
 Rev. 1/88

SOLICITUD DE ASISTENCIA POR DESEMPLEO OCASIONADO POR DESASTRE
LEY REMEDIAL DE DESASTRE DE 1974

Número de Seguro Social: _____

Nombre: _____

Solicito asistencia por desempleo ocasionado por desastre por el período de desempleo causado por el desastre que comenzó en _____.

Estoy desempleado por la siguiente razón (explique detalladamente):

Tiene usted alguna incapacidad física causada por el desastre? Sí No

Mi salario o ingreso por empleo propio era: \$ _____ semanal.
 \$ _____ mensual.

En el período de trece semanas anteriores a la fecha en que comenzó el desastre trabajé _____ semanas y obtuve salarios o ingresos por empleo propio por la cantidad de \$ _____.

Advertencia: La Ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que ofrezcan información falsa con el propósito de obtener beneficios.
Certifico: Que la información que he ofrecido es correcta, que conozco las penalidades que dispone la Ley por ofrecer información falsa con el propósito de obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho y que se me proveyó la notificación requerida por la Ley de Privacidad de 1974.

Firma del Reclamante	Fecha	Firma del Entrevistador
_____	_____	_____

Si trabajó en empleo propio tiene que completar además el Formulario PR-AD-1A, "Suplemento a la Solicitud de Asistencia por Desempleo Ocasionado por Desastre de Personas en Empleo Propio"

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - PARA USO DE LA OFICINA LOCAL

Número del Desastre: _____

Declaración Número: _____

Incapacitado por el desastre: _____

Último día trabajado: _____

Clasificación: _____

Codificación de Determinación: _____

Fecha de registro en SABEN	Registrado en SABEN por:	Firma del Supervisor
_____	_____	_____

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS

DECLARACIÓN JURADA SOBRE INGRESOS EN EMPLEO PROPIO

Entiendo que mi elegibilidad para recibir la Asistencia de Desempleo ocasionado por Desastre (DUA) se determinará a base de la Información que provea al Negociado de Seguridad de Empleo en esta declaración jurada ya que no hay disponible un registro confiable de empleo asegurado o empleo propio y de salarios. También entiendo que para determinar mis ingresos semanales, debo someter con una explicación razonable, cuáles serán mis ingresos netos anticipados para el año fiscal en que ocurrió el desastre. Entiendo que todas las proyecciones sobre ingresos netos pérdidas están sujetas a verificación tan pronto como someta cualquier planilla de contribución sobre ingresos que falte tanto para el año tributable actual como para el anterior.

La siguiente información sobre ingresos netos se somete para la consideración de mi elegibilidad para la asistencia de ocasionado por desastre.

	Año Anterior_____	Año Actual_____
Ingreso Bruto	\$_____	\$_____
Subsidios, si aplica	\$_____	\$_____
Sub – Total	\$_____	\$_____
Menos Gastos de Negocios	\$_____	\$_____
Ingresos Netos	\$_____	\$_____

La razón por lo cual no tengo copia de la planilla de contribuciones para para _____, año anterior, a la fecha en que comenzó el desastre, es _____

Mis ingresos netos proyectados o estimados para _____, actual año tributable, están basados en la siguiente relacionada con mi capacidad de ingreso como individuo con empleo propio.

Estimo que mis ingresos serán [] mayores [] menores para el actual año por que _____

Al momento del desastre, [] estaba [] no estaba realizando gestiones relacionadas con este empleo propio.

El número de horas semanal promedio que trabajé como individuo con empleo propio son _____.

Certifico que la información que he sometido con este formulario es correcta.

Firma del Solicitante Núm. Seguro Social Fecha

Recibido por:_____

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

Verificación de Empleo Prospectivo
para cualificar para Asistencia de
Desempleo ocasionado por Desastre (DUA)

Nombre: _____
Seguro Social: _____
Probable duración del Empleo
Desde: _____ Hasta: _____

Empleo Prospectivo

- Nombre del patrono: _____
- Dirección Postal: _____

- ¿Se le ofreció un empleo directamente al reclamante? () Sí () No
- ¿Cuándo se le ofreció? _____
- Nombre y posición de la persona que ofreció el empleo: _____
_____ Teléfono: _____
- Trabajo a realizar: _____
- Salario ofrecido: \$ _____ por hora 8. Horas por semana: _____
- Razón por la cual no pudo comenzar: _____

- ¿Cuándo espera comenzar a trabajar? _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE HE SOMETIDO EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA A MI MEJOR ENTENDER Y CONOCIMIENTO Y SE QUE SE APLICARAN LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES A LOS PATRONOS, INDIVIDUOS O TERCERAS PARTES QUE HAGAN FALSAS DECLARACIONES O DEJEN DE SOMETER INFORMACION CON EL PROPOSITO DE QUE SE DENIEGEN BENEFICIOS O DE QUE SE EMITAN PAGOS QUE NO PROCEDEN.

NUM. ID FEDERAL DEL PATRONO

NUM. CUENTA ESTATAL DEL PATRONO
--

Firma/Título del Patrono o Representante

Fecha

[]

[]

**FAVOR DE DEVOLVER A ESTA DIRECCION
A LA BREVEDAD POSIBLE**