

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO

Número de Seguro Social _____	Fecha	MES	DÍA	AÑO	Fecha Efect.	Razón Ret.
Nombre _____	Sexo	Fecha de Nac.				
(Apellido Paterno Apellido Materno Nombre - Inicial)	(M - F)	MES	DÍA	AÑO		
Dirección Postal _____ (URB. / RES. / COND.)						

(NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX 0 (APT.) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP CODE + 4)						
Dirección Residencial _____ (URB. / RES. / COND.)						
(NÚMERO / CALLE / COND. O TORRE / HC RR BOX 0 (APT.) (CIUDAD) (ESTADO) (ZIP CODE + 4)						TELÉFONO

Si participa en un adiestramiento aprobado por el Director del N.S.E.. Indique si este es: A- Universitario B- No Universitario
Fecha en que termina MES DÍA AÑO

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Si No, Si no es ciudadano, indique el número de su permiso _____

Grupo étnico: hispano o latino, no hispano o latino, desconocido.

Raza: blanco, negro o afro americano, asiático, indio americano o nativo de Alaska, nativo de Hawaii o de otra isla del Pacifico,
 más de una raza, raza desconocida.

¿Ofreció su patrono llamarle a trabajar de nuevo? Si No

Si contesto "Si", indique la fecha de reemplazo: _____
MES DÍA AÑO

Escolaridad: _____ ¿Consigue trabajo a través de una unión? Si No

¿Es usted veterano? Si No

¿Cuál fue su última ocupación? _____

¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad? Si No

¿Está usted obligado a pagar pensión alimentaria? Si No

¿Recibe usted alguna pensión, incluyendo seguro social? Si No

¿Interesa usted se le descuente contribución: Federal Si No, Estatal Si No

HISTORIAL DE TRABAJO

Anote su historial de trabajo durante los 15 meses previos a la fecha de esta solicitud. Incluyendo el servicio civil federal, el servicio militar activo y el empleo en los Estados Unidos. Comience con el último patrono hacia atrás cronológicamente.

Nombre del Patrono			Duración:		NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
1.	Desde	Hasta			Número de Patrono _____	Clasif. Industrial _____
Dirección	Trabajo Realizado				Entidad Jurídica _____	S N A _____
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		Codificación de separación _____	Estado Industrial _____

HISTORIAL DE TRABAJO (Cont.)				NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO	
Nombre del Patrono:			Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____
			Desde	Hasta	
Dirección:			Trabajo Realizado		
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		
Nombre del Patrono:			Duración:		
			Desde	Hasta	
Dirección:			Trabajo Realizado		
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		

ADVERTENCIA: La ley impone severas penalidades a aquellos reclamantes que ofrezcan información falsa con el propósito de obtener beneficios.

CERTIFICO: Que estoy desempleado, que estoy apto y disponible para trabajar.

Firma del Reclamante			Firma del Entrevistador		

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO - PARA USO DE LA OFICINA
INFORMACIÓN SOBRE EL PATRONO ADICIONAL**

Nombre del Patrono:			Duración:		Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____ S N A _____
			Desde	Hasta	
Dirección:			Trabajo Realizado		
Ciudad	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		

Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor
-------------------------	-------------------------	----------------------

ELIMINACIÓN DE PATRONO

Seguro Social	Clave ALFA	Número Cuenta Patronal
Fecha Registro en SABEN	Registrado en SABEN por	Firma del Supervisor