



SOLICITUD INICIAL DE ASISTENCIA DE DESEMPLEO PANDÉMICO (PUA) COVID-19

A. INFORMACIÓN PERSONAL (Llene todos los encasillados)			
1. Nombre del Reclamante (Apellidos, Nombre, Inicial):		2. Pandemia Número: COVID-19 2020	3. Ubicación de la Oficina Local del DTRH más cercana a su residencia:
4. Fecha (mes/día/año):		7. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Dirección Postal (Urbanización, barrio o edificio, número, calle, pueblo o ciudad, país, código postal):		6. Municipio donde reside:	
8. Correo Electrónico:		9. Teléfono(s):	10. # Seguro Social:
11. Fecha de Nacimiento (mes/día/año):		12. Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> hispano o latino, <input type="checkbox"/> no hispano o latino, <input type="checkbox"/> desconocido.	
13. Raza: <input type="checkbox"/> blanco, <input type="checkbox"/> negro o afro americano, <input type="checkbox"/> asiático, <input type="checkbox"/> indio americano o nativo de Alaska, <input type="checkbox"/> nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico, <input type="checkbox"/> más de una raza, <input type="checkbox"/> raza desconocida.		14. Nivel de Educación:	
15. ¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		16. ¿Es usted unionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17. ¿Cuál fue su última ocupación? Si ninguna, indique No Aplica.		18. ¿Ofreció su patrono llamarlo a trabajar de nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique fecha de reemplazo, si la sabe (mes/día/año):	
19: ¿Recibió paga por liquidación de vacaciones o enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, provea copia del talonario.		20: ¿Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la negativa, indique número de visado legal o tarjeta de residente:	
21: Si su reclamación de PUA es interestatal, ¿interesa que se le descunte contribución Federal? De no ser una reclamación de PUA interestatal, seleccione No Aplica. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica			
22. ¿Participa usted de estudios o adiestramientos sobre una ocupación en demanda aprobados por el Director del Negociado de Seguridad de Empleo (NSE)? (Vea lista de ocupaciones en: www.trabajo.pr.gov/seguro_por_desempleo.asp)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, indique si es: <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> No Universitario. Fecha en que terminará los estudios (mes/día/año):			
23. ¿Recibe usted alguna pensión gubernamental, privada o de seguro social por incapacidad (excluyendo pensión alimentaria y seguro social por razón de edad)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, provea evidencia que incluya la cantidad que recibe mensualmente (ej. carta de aprobación). Si es pensión por incapacidad, provea evidencia de autorización para trabajar.			
24. ¿Realiza usted o debe pagos de pensión alimentaria?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, indique en qué estado:			
25. ¿Ha recibido o solicitado beneficios de desempleo en algún estado?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, indique en qué estado y cuándo presentó la solicitud (mes/día/año):			
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO – PARA USO DE LA OFICINA LOCAL			
Unión _____ Escolaridad _____ Clasificación ERE _____ Clasificación Ocupacional: _____ 3(f) _____ Tipo Reclamación _____ ¿Monetaria? _____		Registro S.E.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha Registro (mes/día/año): _____ Programa _____ Entrevistador _____ Oficina Local _____ ¿Contar? _____	
B. INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO (Conteste todas las preguntas)			
26. Indique desde cuándo está desempleado como consecuencia directa del COVID-19 (mes/día/año):			
27. Si comenzó a trabajar nuevamente, indique desde cuándo (mes/día/año):			
28. Seleccione todas las fuentes de ingreso o sustento que recibía previo a la pandemia de COVID-19: (Debe seleccionar al menos uno) <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Servicios Profesionales <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Otros ingresos: _____ <input type="checkbox"/> No tuve ingresos			
29. ¿Renunció a su trabajo como consecuencia directa del COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, explique.			
30. ¿Se ha convertido en el proveedor principal del hogar debido a que el anterior proveedor principal del hogar murió como consecuencia directa del COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
31. ¿Está impedido de presentarse a su trabajo debido a la cuarentena impuesta como consecuencia directa de la emergencia de salud pública provocada por el COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En la afirmativa, explique.			

32. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 o se encuentra manifestando síntomas de COVID-19 para lo cual está buscando un diagnóstico médico? Sí No
En la afirmativa, explique.

33. ¿Está impedido de presentarse a su trabajo debido a que un profesional médico cualificado le aconsejó mantenerse en cuarentena por preocupaciones relacionadas al COVID-19?..... Sí No
En la afirmativa, explique.

34. ¿Algún miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19?..... Sí No
En la afirmativa, explique.

35. ¿Está usted proveyendo cuidado a un miembro de su familia o de su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19? Sí No
En la afirmativa, explique.

36. ¿Su hijo(a) u otra persona de su hogar para quien usted tiene la responsabilidad principal de proveer cuidado no puede ir a la escuela o instalación de cuido porque está cerrada como resultado directo de la emergencia de salud pública provocada por el COVID-19, y dicha escuela o centro de cuido es necesaria para que usted pueda trabajar?..... Sí No
En la afirmativa, explique.

37. ¿El negocio para el que trabajaba cerró como consecuencia directa del COVID-19? Sí No
En la afirmativa, explique la razón para el cierre, la fecha en que cerró y la fecha estimada para retomar las labores.

38. ¿Estaba usted programado para comenzar a trabajar y no tiene trabajo o está impedido de llegar al trabajo como consecuencia directa de la emergencia de salud pública provocada por el COVID-19? Sí No
En la afirmativa, indique el nombre, dirección y teléfono del patrono, y la fecha (mes/día/año) en que estaba programado para comenzar a trabajar.

39. Explique cualquier otra razón por la que la pandemia de COVID-19 provocó que perdiera su empleo o le redujeran sus horas de trabajo.

C. HISTORIAL DE EMPLEO:

- Marque aquí si usted no posee historial de empleo previo al comienzo de la declaración de emergencia provocada por el COVID -19, y continúe a la Certificación del Reclamante.
- Marque aquí si todos sus ingresos se debieron a empleo propio, y continúe a la Certificación del Reclamante. Además, en caso de que no someta evidencia de ingresos o salarios, deberá llenar y someter el formulario PR-PUA-2 Declaración de Empleo e Ingresos.
- Si usted recibió ingresos mientras trabajaba para cualquier patrono (incluyendo el servicio civil federal, el servicio militar activo y el empleo en los Estados Unidos) durante los 18 meses previos a la solicitud, debe completar esta sección de Historial de Empleo. Comience con el patrono más reciente hacia atrás cronológicamente.

36. Nombre y Dirección del Patrono (Urbanización, barrio o edificio, número, calle, pueblo o ciudad, país, código postal):	37. Ocupación:	38. Horas trabajadas semanalmente:	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____
39. Fecha de comienzo en empleo (mes/día/año):	40. Último día de trabajo (mes/día/año):		S N A _____
41. Trabajo realizado:	42. Razón de desempleo:		Codificación de separación _____ Estado Industrial _____
43. Nombre y Dirección del (Urbanización, barrio o edificio, número, calle, pueblo o ciudad, país, código postal):	44. Ocupación:	45. Horas trabajadas semanalmente:	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO Número de Patrono _____ Clasif. Industrial _____ Entidad Jurídica _____
46. Fecha de comienzo en empleo (mes/día/año):	47. Último día de trabajo (mes/día/año):		S N A _____
48. Trabajo realizado:	49. Razón de desempleo:		Codificación de separación _____ Estado Industrial _____

50. Nombre y Dirección del Patrono (Urbanización, barrio o edificio, número, calle, pueblo o ciudad, país, código postal):	51. Ocupación:	52. Horas trabajadas semanalmente:	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO Número de Patrono <hr/> Clasif. Industrial <hr/> Entidad Jurídica <hr/>
53. Fecha de comienzo en empleo (mes/día/año):	54. Último día de trabajo (mes/día/año):		S N A
55. Trabajo realizado:	56. Razón de desempleo:		Codificación de separación <hr/> Estado Industrial <hr/>
CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE: Certifico bajo pena de perjurio que la información que he ofrecido aquí es correcta. La he ofrecido voluntariamente con el propósito de obtener Asistencia de Desempleo Pandémico (PUA) por COVID-19. Tengo conocimiento que la Ley dispone penalidades civiles y criminales, incluidos cargos criminales, por ofrecer información falsa o fraudulenta, o por hacer representaciones falsas, y por ocultar hechos materiales con el propósito de obtener pagos por beneficios a los que no tengo derecho.			
Firma del Reclamante		Firma del Entrevistador	
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO – PARA USO DE LA OFICINA LOCAL			
FECHA DE REGISTRO EN SABEN:	REGISTRADO EN SABEN POR:	FIRMA DEL SUPERVISOR	