



FORMULARIO PARA EL PATRONO SOBRE CASOS CON PUNTOS CONTROVERTIBLES 3F

Nombre Patrono: _____

Representante Autorizado: _____

Dirección Postal: _____

En nuestros archivos electrónicos, relacionados con el seguro por desempleo, se reflejan reclamaciones sobre ingresos por salarios informados por usted. Debido a esto, es necesario realizar una investigación y obtener unos datos para poder determinar si el reclamante es acreedor o no del beneficio de desempleo.

Favor de proveer información sobre todo nuevo empleado o persona que haya sido re-empleado a partir del **13 de marzo de 2021** al cual haya pagado salarios.

1. Si el reclamante ha sido empleado o re-empleado por su compañía, favor de indicar lo siguiente:

Nombre del Reclamante: _____
 Número de Seguro Social: _____
 Nombre de la Compañía: _____
 Número Seguro Social Patronal: _____
 Fecha de comienzo: _____
 Fecha de terminación: _____
 Razón de separación: _____
 Cantidad de ingresos percibidos luego del **03/13/2020**: _____

2. Si el/la reclamante renunció o fue despedido, detalle las circunstancias que conllevaron a la renuncia o despido. (Incluir carta de despido o renuncia)

3. Si el/la reclamante no ha regresado a trabajar luego de presentar la solicitud de beneficios para el año 2020, favor de indicar:

a. Si recibió pago por concepto vacaciones, enfermedad y/o bono:

Vacaciones	(gross) \$ _____	Fecha _____
Vacaciones enfermedad	(gross) \$ _____	Fecha _____
Pago de bono	(gross) \$ _____	Fecha _____

b. ¿Realizó usted pagos bajo el préstamo federal "Paycheck Protection Program"?

SI NO
 Fecha que se le realizaron el/los pagos _____



FORMULARIO PARA EL PATRONO DE CASOS CON PUNTOS CONTROVERTIBLES 3F

Cantidad pagada al reclamante/empleador (gross) \$ _____

CERTIFICACIÓN DEL PATRONO: Certifico bajo pena de perjurio que la información que he ofrecido aquí es completa y correcta. Tengo conocimiento que la Ley dispone penalidades civiles y criminales, incluyendo cargos criminales, por ofrecer información falsa o fraudulenta y por ocultar hechos materiales relacionadas con el seguro por desempleo.

Usted deberá someter este formulario junto con el formulario del reclamante, así como cualquier otro documento no más tarde 7 días laborables a partir del recibo de la notificación.

Firma del Representante Autorizado del Patrono	Fecha
---	--------------