

Cambio a la Reclamación (Pantalla A)

De _____

Oficina Local _____

Fecha _____

*Número de Seguro Social _____

*Clave Alfa _____

<input type="checkbox"/> A1	Fecha de Efectividad Clave Programa _____ Actual _____ Nueva _____						
<input type="checkbox"/> A2	Número de Cuenta Patronal y Código SNA Actual _____ Nueva _____ Nuevo Código _____						
<input type="checkbox"/> A3	Información Básica de la Reclamación Oficina Local _____ Núm. Entr. _____ Razón Retro _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento _____ Ciudadano _____ Permiso _____ Veterano _____ G. Étnico _____ Raza _____ FRM Pago _____ Dirección Postal _____ Municipio _____ Fips _____ Zip Code _____ Dirección Residencial _____ Municipio _____ Teléfono _____ Clasif. ERE _____ Reg en S.E. _____ Fecha _____ Monet _____ 3(f) _____ Adhesión de Emp. _____ Fecha de Reem. _____ Clasificación Ocupacional _____ Ultima Ocupación _____ Tipo Recl. _____ Enviar Aviso Cobro _____ ADT Aprob. _____ % Recobro Sobrepag. _____ Enviar Aviso Cobro _____ ADT Aprob. _____ Fechas: Comienza _____ Fecha Termina _____ Estado Deudor _____ Estado Agente _____ Oficina Local Estado Agente _____ <p style="text-align: center;">DESASTRE</p> Clasificación _____ Codif. Desastre _____ Beneficio Semanal _____ Basado en _____ ¿Incapacitado? _____ Ultimo día Trabajado _____ Número Desastre _____ Declaración Número _____						
<input type="checkbox"/> A4	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro Social</td> <td><input type="checkbox"/> Nombre</td> </tr> <tr> <td>Actual _____</td> <td>Actual _____</td> </tr> <tr> <td>Nuevo _____</td> <td>Nuevo _____</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">* Tipo de Reclamación _____ (se completa siempre)</p>	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Nombre	Actual _____	Actual _____	Nuevo _____	Nuevo _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Nombre						
Actual _____	Actual _____						
Nuevo _____	Nuevo _____						

* Se completa siempre

<input type="checkbox"/> A8	Ingresos
	Seguro Social _____ Alfa _____ Núm. Estr. _____
	Semanas: Primera _____ Hasta _____
	Nuevo Ingresos \$ _____ Hasta \$ _____
	Indicador _____

Razón para el cambio: _____

Firma Funcionario Autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del Supervisor _____ Fecha _____

Operador _____ Fecha de Entrada _____

Acción Tomada por la Oficina Central

Firma Funcionario Autorizado _____ Fecha _____

Firma del Supervisor _____ Fecha _____

Operador _____ Fecha de Entrada _____