



PR-SD-500
Rev. 03/2026

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO

Número de Seguro Social: _____

Fecha _____
MES DÍA AÑO

Fecha Efectividad		Razón Ret.	

Nombre _____
(Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial)

Sexo _____
(M - F)

Fecha Nacimiento: _____
MES DÍA AÑO

Dirección Postal _____
*** (Requerida)

Dirección Residencial: _____
*** (Requerida)

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

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

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

Grupo étnico: hispano o latino, no hispano, desconocido

Raza: blanco, negro afro americano, asiático, indio americano o nativo de Alaska, nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico, más de una raza, raza desconocida

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

Si contesto Sí, indique fecha reemplazo: _____
MM DD AÑO

Escolaridad: _____ ¿Consigue trabajo a través de la unión? Sí No

¿Es usted veterano? Sí No

¿Cuál fue su última ocupación? _____

¿Recibió paga por vacaciones regulares o enfermedad? Sí No

¿Está usted obligado a pagar pensión alimentaria? Sí No

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

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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Unión: _____

Escolaridad: _____

Clasificación ERE: _____

Clasificación Ocupacional: _____

3(f) _____ Tipo Reclamación: _____

¿Monetaria? _____

Registro S.E. Sí No

Fecha Registro: _____
MM DÍA AÑO

Programa: _____

Entrevistador: _____

Oficina Local: _____

¿Contar?: _____

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

HISTORIAL DE TRABAJO (continuación)

Nombre del Patrono			Duración:		NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO Número de Patrono: _____ Clasificación Industrial: _____ Entidad Jurídica: _____ S.N.A.: _____
			Desde	Hasta	
Dirección			Trabajo Realizado		
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		
Nombre del Patrono			Duración:		
Dirección			Trabajo Realizado		
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo		
Nombre del Patrono			Duración:		
Dirección			Trabajo Realizado		
Municipio	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, que me he registrado para solicitar empleo, que reclamo los beneficios de seguro por desempleo y que todos los datos aquí ofrecidos son ciertos y correctos a mi saber y entender.

Firma del Reclamante				Firma del Entrevistador								
Fecha Registro en SABEN			Registrados en SABEN por			Firma del Supervisor						
NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO PARA USO DE LA OFICINA INFORMACIÓN SOBRE EL PATRONO ADICIONAL												
Nombre del Patrono			Duración:		Número de Patrono: _____ Clasificación Industrial: _____ Entidad Jurídica: _____ S.N.A.: _____							
			Desde	Hasta								
Dirección			Trabajo Realizado									
Municipio	Estado	Zip Code	Razón de Desempleo									
Fecha Registro SABEN			Registrado en SABEN por						Firma del Supervisor			
ELIMINACIÓN DE PATRONO												
Seguro Social			Clave Alfa						Número de Cuenta Patronal			
Fecha Registro SABEN			Registrado en SABEN por						Firma del Supervisor			