

Entrevista Búsqueda de Datos Renuncia/Abandono de Trabajo

Nombre _____ Seguro Social _____ Oficina _____

Nota: Usted informó que renunció/abandonó el trabajo. Para emitir una determinación en su caso es necesario que conteste las preguntas del 1 al 14.

1. Su último patrono fue: Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Nombre del Supervisor Inmediato: _____

2. Tiempo trabajado para este patrono: Desde (mes) _____ (día) _____ (año) _____

Hasta (mes) _____ (día) _____ (año) _____

3. ¿Cuál era su salario? \$ _____ Por hora Diario Semanal Quincenal Mensual Anual

4. ¿Cuál era su jornada de trabajo? HORAS: Desde _____ Hasta: _____

DÍAS: Desde _____ Hasta: _____

5. ¿Cuál era su ocupación? _____

6. ¿Por qué renunció/abandonó su empleo? (Favor de especificar la razón detalladamente) _____

¿Qué incidente (en o fuera del empleo) le llevó a renunciar o abandonar el mismo? Describa en detalle. Si no fue por incidente específico; ¿Qué le llevó a renunciar o abandonar su empleo?

Explíquelo: _____

¿En qué fecha ocurrió? _____

¿Hubo incidentes previos que influyeron en su decisión de renunciar o abandonar su empleo? Sí No

En caso afirmativo ¿Qué incidentes fueron? y ¿En qué fecha ocurrieron? _____

7. ¿Qué gestiones hizo con su patrono para retener el empleo y/o resolver la situación? ¿Con quién habló? ¿En qué fecha?

Si no hizo ningún esfuerzo o gestión por retener su empleo, explique porque: _____

8. ¿Notificó a su patrono que dejaría el empleo? Sí No

En caso afirmativo, ¿En qué forma lo hizo? Personalmente Por carta Por teléfono

¿A quién se lo notificó? Nombre: _____ Puesto: _____ Fecha: _____

9. ¿Qué otra explicación le dio a su patrono antes renunciar o abandonar su trabajo? _____

10. ¿Hubo algún cambio en sus tareas, localización del empleo, horas de trabajo, salario o seguridad, que le obligaron a renunciar?

Sí No Explique: _____

11. Si su renuncia se debió a razones de su salud? Sí No

A. ¿Cuál fue el problema de salud? _____

B. ¿Su enfermedad o lesión, fue causado a empeorada por su trabajo? Sí No En caso afirmativo, presente evidencia médica

12. ¿Tomó su patrono alguna acción que le obligara a renunciar o abandonar su empleo? Sí No Explique: _____

13. Favor de escribir cualquier dato no informado anteriormente que pueda ampliar la razón de su renuncia/abandono de trabajo:

Fecha: _____ Firma del Entrevistador: _____

Si usted tiene o puede conseguir algún documento que sustente su informe o declaración, infórmelo al entrevistador y presente el mismo cuando se le indique.

14. Durante el periodo por el cual reclama beneficios, ¿Estuvo apto, disponible y activamente buscando trabajo? Sí No

(Información adicional relacionada con la disponibilidad del reclamante, para ser completada por el entrevistador, de ser necesario).

CERTIFICO que esta información es correcta a mi mejor saber y entender y estoy consciente de que existen penalidades por ofrecer información falsa.

Firma del reclamante _____ Fecha _____

Informe Patronal

Información ofrecida por: _____ Fecha _____

Recibida por: Teléfono Carta Personalmente PR-SD 501 Fecha _____

¿Ofreció el patrono información adicional relacionada con la renuncia/abandono de trabajo?

Sí No (En caso afirmativo, informar el reclamante).

REFUTACIÓN: He sido informado sobre los datos ofrecidos a la oficina por mi último patrono.

Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo con éstos

Deseo hacer las siguientes declaraciones No deseo hacer declaraciones

Firma del Reclamante _____ Fecha _____

INFORME DEL ENTREVISTADOR

Asunto: _____

Semana (s) envuelta(s): _____

¿Renunció voluntariamente el reclamante? Sí No En caso negativo, ¿fue despedido? Sí No

¿Hubo conducta incorrecta? Sí No

¿Sería el asunto un rechazo de trabajo en lugar de una renuncia? Sí No

¿Hubo justa causa para el rechazo? Sí No

¿Fue la renuncia motivada por las condiciones de trabajo? Sí No

¿Fueron las razones para la renuncia tan importante, que no tuvo otra alternativa razonable que renunciar? Sí No

¿Hizo esfuerzos para resolver el problema y retener el empleo? Sí No

Comentarios: _____

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Periodo que cubre esta determinación: Desde _____ Hasta: _____

Sección (es) de Ley Aplicada (s) _____

Fecha: _____ Firma del Entrevistador: _____