



SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE SALARIO DEVENGADOS

Para ser completado por el reclamante

Usted estableció una reclamación de beneficios por desempleo, la cual resultó inelegible monetariamente. No le aparecen todos los salarios devengados en el período básico. Para poder emitir una re-determinación de elegibilidad en su caso es indispensable que usted conteste este formulario lo antes posible.

Nombre del Reclamante _____ Número de Seguro Social _____

Nombre del Patrono(compañía) _____

Dirección _____

Naturaleza del Negocio _____ Lugar de Empleo _____

Período del Negocio: desde _____ hasta _____

Salario Bruto: \$ _____ hora semanal quincenal mensual

CERTIFICO que la información ofrecida es cierta, correcta y que conozco las penalidades que dispone la ley por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios que no me corresponden.

Firma del Reclamante _____ Fecha _____

La información no se procesará sin evidencia.

Indicar la evidencia enviada:

- Talonarios
- Copia de cheque
- W-2
- Certificación del Patrono
- Otros _____

Devolver a:

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
División de Seguro por Desempleo
P.O. Box 190840
San Juan, P.R. 00919-0840
Fax: 787.945.7475

La evidencia solicitada debe corresponder al período desde _____ hasta _____