

SOLICITUD PARA BENEFICIOS ADICIONALES

Número Seguro Social _____ Clave Alfa _____

Fecha Efectividad _____ Razón Retro. _____
mes día año

1. Nombre del Patrono _____ Número SED _____

2. Ultimo día trabajado _____ 3. Razón de separación _____

Para identificar al reclamante se solicitó:

NIP Dirección Postal Dirección Residencial Patrono PB Fecha Nacimiento Otros

Si su dirección cambio, favor anotar la misma:

Postal

(Urb./Res/Cond)

(P.O. Box/Calle/HC/ RR Box)

(Edif/Torre)

(Apt)

(Municipio)

(Estado)

(ZipCode) (+4)

Residencial

(Urb./Res/Cond)

(Número)

(Calle)

(Edif/Torre)

(Apt)

(Municipio)

(Estado)

(ZipCode) (+4)

Teléfonos _____

Certifico que los datos aquí ofrecidos son ciertos y correctos a mi mejor saber y entender y que conozco que la Ley impone severas penalidades por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios.

Firma del Reclamante _____

Fecha _____

Firma del Entrevistador _____