

SOLICITUD PARA BENEFICIOS EXTENDIDOS

Nombre	Número Seguro Social	Fecha de Efectividad		
		Mes	Día	Año

1. ¿Estuvo empleado después de hacer agotado sus beneficios regulares? Sí No

2. ¿Recibió paga por vacaciones regulares o por enfermedad? Sí No

Si su dirección postal cambió, anote la nueva:

Urb/Res/Cond	Edif/Torre	Apt
Número	Calle/P.O. Box/HC/RR	
Municipio	Estado	ZipCode +4

Teléfono _____

Si estuvo trabajando después de agotar los beneficios regulares, favor de proveer los siguientes datos en relación con su ultimo patrono.

Nombre del Patrono		Duración de Empleo		Número de Patrono	
		Desde	Hasta		
Dirección		Trabajo Desempeñado			Clasificación Industrial
					Municipio

Solicito se determine mi elegibilidad a beneficios bajo el Programa de Beneficios Compensación de Emergencia, y certifico que los datos aquí aportados 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 _____