

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Nombre _____ Número Seguro Social _____
Oficina Local _____

Para ser elegible a recibir los **Beneficios Extendidos** del Seguro por Desempleo, se requiere que el reclamante realice una búsqueda activa de empleo, y tiene que informar por escrito las gestiones de empleo realizadas semanalmente.

Este formulario tiene el propósito de evaluar sus posibilidades de emplearse nuevamente en su ocupación usual dentro de un periodo de cuatro (4) semanas.

Complete los encasillados del uno (1) al siete (7)

1. ¿Espera volver a trabar con patrono regular?

Sí Fecha de comienzo _____

No Nombre del patrono _____

2. ¿Tiene probabilidades de trabajo con algún otro patrono?

Sí Fecha de comienzo _____

No Nombre del patrono _____

3. ¿Cuál es su ocupación regular? _____

4. ¿Qué otro trabajo puede realizar? _____

5. ¿Cómo espera conseguir trabajo? (Puede marcar más de una)

Gestiones personales Servicios de Empleos

A través de una Unión Otra _____

6. Si obtiene empleo a través de una unión, indique

Nombre de la Unión _____ Número _____

¿Es usted miembro activo de la unión Sí No

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA LOCAL

1. ¿Las oportunidades del reclamante para seguir empleo:

Son buenas No son buenas

2. Comentarios: _____

Fecha _____ Firma Oficial Autorizado _____