



PR-SD-512
Rev. 10/03

NEGOCIADO DE SEGURIDAD DE EMPLEO
DIVISIÓN DE SEGURO POR DESEMPLEO
HATO REY, PUERTO RICO

SOLICITUD DE AUDIENCIA

1. <input type="checkbox"/> Reclamante <input type="checkbox"/> De patrono	2. Apelación ante: Arbitro <input type="checkbox"/> Secretario <input type="checkbox"/>	3. Apelación Tardía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. Nombre del Reclamante	5. Número de Seguro Social	6. Programa:
7. Dirección Postal del Reclamante	8. Determinación o decisión apelada: <input type="checkbox"/> Monetaria <input type="checkbox"/> No Monetaria	9. Oficina Local
Teléfono () -		
10. Nombre del Patrono: (1) (2) (3)	11. Dirección del Patrono:	
12. Lugar o proyecto donde trabajó:	13. Dirección:	
14. Solicitó una audiencia por no estar de acuerdo con la decisión o determinación emitida en, _____ por las siguientes razones:		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

Continuación de Razones

15. Solicitó apelación después del termino de 15 días de haber recibido la determinación por correo o de entrega personal, por la siguientes razones:

16. Firma del reclamante (o del Patrono)

17. Fecha

Para el uso de la oficina local

18. Documento incluidos con la solicitud

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRSD-512 | <input type="checkbox"/> PRSD-648 | <input type="checkbox"/> PRSD-416 |
| <input type="checkbox"/> PRSD-518 | <input type="checkbox"/> PRSD-647 | <input type="checkbox"/> PRSD-409 |
| <input type="checkbox"/> PRSD-509 | <input type="checkbox"/> PRSD-527 | <input type="checkbox"/> PRSD-526 R |
| <input type="checkbox"/> PRSD-502 | <input type="checkbox"/> PRSD-353 | <input type="checkbox"/> Otros |

19. Sección de ley apelada o issue:

20. Fecha envío de Solicitud:

Mes Día Año

21. Firma del Examinador: