



PR-SD-537
 Rev. 10/93

Negociado de Seguridad de Empleo
 División de Seguro por Desempleo
 Hato Rey, Puerto Rico

SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA SOBRE EMPLEO ASEGURADO

Parte A:

1. Nombre del Reclamante			2. Número de Seguro Social	
3. Dirección	4. Programa	5. Oficina Local	Indique el número de seguro social en la reclamación si es diferente al anterior.	

6. Solicito una reconsideración de la determinación emitida en _____ por la siguiente razón:

No me aparecen salarios en el periodo básico.

No me aparecen todos los salarios devengados en el período básico.

Los salarios que aparecen son menores que los devengados.

Otras razones (Explique): _____

7. Nombre del Patrono o Negocio	8. Lugar de Empleo	9. Número Patronal
10. Dirección Postal		11. Naturaleza del Negocio

12. Dirección Física del Negocio. _____

13. Número de Empleados	14. Trabajo desempeñado por el reclamante	15. Período de empleo Desde _____ Hasta _____
-------------------------	---	--

PERIODO BÁSICO		Salario	Evidencia documental que se acompaña
Trimestre terminado en	Año		
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
Total salarios		\$	

17. Si trabajó para el Gobierno de Puerto Rico o municipio, indique:

a. Status de empleado: Regular Transitorio Confianza

Si ocupaba un puesto de confianza, explique brevemente sus deberes: _____

Titulo

b. Si era un programa federal: Nombre del Programa _____

Empleado Administrativo Participante

c. Otros programas _____

18. No estoy de acuerdo con la determinación monetaria emitida en:

Solicito reconsideración de la misma por las siguientes razones:

Se incluye la siguiente evidencia documental:

19. ¿Se emitió determinación monetaria? Sí No

CERTIFICO: Que la información aquí aportada es cierta y correcta a mi mejor saber y entender 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

Jurado y suscrito ante mí

Nombre

Título

Hoy día _____

Firma del Oficial Autorizado

Parte B: (Para uso de la Oficina Central)

20. En relación con esta solicitud de reconsideración hemos tomado la siguiente determinación:

Revocada Modificada Confirmada

Explicación de la determinación:

Firma del Oficial de Determinaciones

Fecha