



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

PR-SD-620  
(Rev. 11/2009)

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



## SOLICITUD DE INFORMACIÓN A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

### A. Para ser completado por el reclamante

1. Nombre y Dirección del Reclamante	2. Número de Seguro Social
--------------------------------------	----------------------------

### B. Para ser completado por el patrono

**1. Servicios Prestados**

a. Esta persona prestó servicios en esta institución en capacidad:  educativa  principalmente administrativo  
 investigador  otra (explique) \_\_\_\_\_

b. El servicio prestado se realizó por contrato:  Sí  No

c. Dicho contrato cubre el período siguiente: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(mes, día y año) (mes, día y año)

**2. ¿Es la razón de separación producto de un receso acostumbrado por la institución?**  Sí  No

**3. Perspectivas de Reempleo**

El reclamante:

a.  ha acordado prestar servicios para esta organización durante el próximo año o sesión académica bajo los mismos términos e igual capacidad que en el período anterior. La fecha específica de reempleo es \_\_\_\_\_

b.  no tiene perspectivas de empleo con esta institución para el próximo año o sesión académica.

c.  figura en una lista de espera. Las posibilidades de trabajo con esta institución están sujetas a la asignación de un presupuesto. Por costumbre la asignación presupuestaria se recibe  antes  después del comienzo del curso escolar.

**4. Licencia sabática**

a.  El reclamante está disfrutando de licencia sabática con sueldo desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_  
(mes, día y año) (mes, día y año)

b.  El reclamante no disfruta de licencia sabática

**5. Información Adicional**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Certificación**

Certifico que la información ofrecida en este formulario es cierta y correcta

Nombre, dirección postal y sello de la institución. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Patrono u Oficial Autorizado

\_\_\_\_\_ Posición que Ocupa

\_\_\_\_\_ Fecha

**Aviso al Reclamante:** Para determinar su elegibilidad a los beneficios de Seguro por Desempleo es necesario que usted complete la parte A del formulario. La parte B debe ser completada por su patrono. Entregar este formulario lo antes posible en su oficina local para evitar atrasos en sus pagos.