

**INFORMACIÓN DEL APLICANTE** (Información marcada con un asterisco (\*) debe ser contestada)

FECHA DE HOY:  \* NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:  EFFECTIVE DATE: Local Office Only (Sólo Oficina Local)

\*¿Ha presentado un reclamo de desempleo en otro estado aparte de Arkansas en los últimos 12 meses?  Sí  No \*¿En qué Estado?:

\*NOMBRE:  SEGUNDO NOMBRE  \*APELLIDO:

**Dirección Postal:** \* DIRECCIÓN - Línea 1  DIRECCIÓN - Línea 2

\*CIUDAD:  \*ESTADO:  \*CÓDIGO POSTAL:

**Dirección Física (Si es distinta a la anterior)** DIRECCIÓN - Línea 1  DIRECCIÓN - Línea 2

CIUDAD:  CÓDIGO POSTAL:

\*Estado de Residencia:  \*Condado de Residencia:  Dirección de Correo Electrónico:

TELÉFONO RESIDENCIAL:  TELÉFONO MÓVIL:  SÓLO MENSAJES:

\*FECHA DE NACIMIENTO:  \*GÉNERO:  Masculino  Femenino \*AÑOS DE EDUCACIÓN:

ÉTNICIDAD:  No Hispano  Hispano

RAZA  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawái o habitante de las islas del Pacífico  Otro (Birracial o Multirracial)

¿Es usted discapacitado?  Sí  No \*¿Ha trabajado usted en otro estado(s) en los últimos 18 meses?  Sí  No

\*¿Es usted ciudadano estadounidense?  Sí  No

Si no es ciudadano, ¿tuvo autorización para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 18 meses?  Sí  No

En caso afirmativo, indique los Estados:

En caso afirmativo, Número del Permiso:

¿Ha trabajado usted en una Institución Educativa durante los últimos 18 meses?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿Tiene un acuerdo escrito, verbal o implícito para retomar su trabajo el próximo semestre o término escolar?  Sí  No

En caso negativo, ¿Se encuentra entre términos/semestres/trimestres, en días festivos o en receso de primavera con una garantía razonable para regresar?  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR** (Empleador actual, si está trabajando - o - si no está trabajando, del último empleador)

\*NOMBRE DEL EMPLEADOR:  ACCOUNT NUMBER: Local Office Only (Sólo Oficina Local)  UNIT NUMBER: Local Office Only (Sólo Oficina Local)

\*NOMBRE DE LA CALLE

\*CIUDAD:  \*ESTADO:  \*CONDADO:  \*CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:  FECHA DEL PRIMER DÍA DE TRABAJO EN SU ÚLTIMO EMPLEO:  FECHA DEL DÍA EN QUE SU TRABAJO TERMINÓ:

¿Tiene fecha para retornar al trabajo o para comenzar un nuevo trabajo, dentro de 10 semanas?  Sí  No

En caso afirmativo, fecha en que debe retornar al trabajo:

\*La jornada en su último trabajo fue:  1 - Tiempo completo (40 horas)  2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas)  3 - Temporal (120 días o menos)

**\*Tipo de separación:**

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>Cese Laboral:</b>                        | <b>Renuncia:</b>                             | <b>Despido:</b>                                  | <b>Empleado de escuela:</b>                  | <b>Other:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Clima              | <input type="checkbox"/> Emergencia Personal | <input type="checkbox"/> Por dormir              | <input type="checkbox"/> Receso de Primavera | <input type="checkbox"/> Suspensión                              |
| <input type="checkbox"/> Falta de trabajo   | <input type="checkbox"/> Salud               | <input type="checkbox"/> Pelea/ Querella         | <input type="checkbox"/> Receso de Verano    | <input type="checkbox"/> Trabajo compartido                      |
| <input type="checkbox"/> Trabajo concluido  | <input type="checkbox"/> General             | <input type="checkbox"/> Ausentismo/Tardanza     | <input type="checkbox"/> Días Festivos       | <input type="checkbox"/> Vacaciones                              |
| <input type="checkbox"/> Cierre del negocio |  | <input type="checkbox"/> Insubordinación         |  | <input type="checkbox"/> Cierre patronal                         |
|   |  | <input type="checkbox"/> Prueba de droga/alcohol |  | <input type="checkbox"/> Licencia Médica Familiar                |
|   |  | <input type="checkbox"/> General                 |  | <input type="checkbox"/> Reducción de tiempo completo (40 horas) |
|   |  | <input type="checkbox"/> Militar                 |  | <input type="checkbox"/> Ausencia Médica                         |
|   |  |  |  | <input type="checkbox"/> Huelga                                  |
|   |  |  |  | <input type="checkbox"/> Días Festivos                           |
|   |  |  |  | <input type="checkbox"/> Todavía trabajo una jornada parcial     |

# SOLICITUD DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPEÑO

\*Ha tenido usted trabajo de algún tipo desde su ÚLTIMO EMPLEO?  Si  No      \*¿Trabajó para una agencia de trabajo temporal?  Si  No

\*La ocupación específica que desempeñó en su último empleo:

\*¿Qué tipo de trabajo ejerció en su último empleo?

### EMPLEADOR ADICIONAL (\*Esta Información Debe Ser Completada)

NOMBRE DEL EMPLEADOR:  ACCOUNT NUMBER LOCAL OFFICE ONLY (Sólo Oficina Local)  UNIT NUMBER LOCAL OFFICE ONLY (Sólo Oficina Local)

\*NOMBRE DE LA CALLE:

\*CIUDAD:  \*ESTADO:  \*CONDADO:  \*CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:  FECHA DEL PRIMER DÍA DE TRABAJO EN SU ÚLTIMO EMPLEO:  FECHA QUE FINALIZÓ ÚLTIMO TRABAJO:

¿Tiene fecha para volver al trabajo o comenzar un nuevo trabajo dentro de 10 semanas?  Si  No

Si es Sí, fecha en que debe regresar al trabajo:

\*La jornada en su último trabajo fue:  1 - Tiempo completo (40 horas)  2 - Tiempo parcial (menos de 40 horas)  3 - Temporal (120 días o menos)

#### \*Tipo de separación:

##### Cese Laboral:

- Clima
- Falta de trabajo
- Trabajo concluido
- Cierre del negocio

##### Renuncia:

- Emergencia Personal
- Salud
- General

##### Despido:

- Por dormir
- Pelea/ Querella
- Ausentismo/Tardanza
- Insubordinación
- Prueba de droga/alcohol
- General
- Militar

##### Empleado de escuela:

- Receso de Primavera
- Receso de Verano
- Días Festivos

##### Other:

- Suspensión
- Trabajo compartido
- Vacaciones
- Cierre patronal
- Licencia Médica Familiar
- Reducción de tiempo completo (40 horas)
- Ausencia Médica
- Huelga
- Días Festivos
- Todavía trabajo una jornada parcial

### INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD (Información marcada con un asterisco (\*) debe ser contestada)

\*¿Desea que retengan los Impuestos Federales de sus pagos de beneficios semanales?  Si  No

\*Tiene usted derecho o está recibiendo alguno de los siguientes:

\*Pago por vacaciones?  Si  No

\*Pagos por Días de Enfermedad?  Si  No

\*Pagos de Indemnización?  Si  No

\*Pagos de Ganancias de Acciones?  Si  No

\*Pagos de Días Libres Pagados?  Si  No

\*¿Está usted recibiendo o ha solicitado una pensión, anualidad o jubilación a antiguos empleadores? (sin incluir el seguro social).  Si  No

\*¿Puede comenzar a trabajar inmediatamente?  Si  No

\*¿Puede trabajar a tiempo completo?  Si  No

\*¿Posee un medio de transporte fiable para ir a su trabajo o ha hecho arreglos para ir y venir del trabajo?  Si  No

\*¿Tiene alguna discapacidad que limite su capacidad para realizar funciones laborales normales?  Si  No

\*¿Trabaja por cuenta propia, por comisión, en agricultura, o presta servicios que le impiden buscar trabajo o aceptar uno?  Si  No

\*¿Tiene usted hijos u otros que requieren cuidado?  Si  No

\*En caso afirmativo, ¿Han hecho los arreglos para el cuidado de sus dependientes, si usted encontrara trabajo?  Si  No

¿Ha rechazado algún trabajo desde que está desempleado/a?  Si  No

¿Está usted asistiendo a la escuela?  Si  No

En caso negativo, ¿Está planificando asistir a la escuela?  Si  No

En caso afirmativo, ¿Tiene fecha para ingresar a la escuela en el futuro?  Si  No  Undecided

\*¿Ha trabajado en Empleo Federal en los últimos 18 meses? (No incluir el Servicio Militar)  Si  No

\*En caso afirmativo,

\*1) ¿Tiene copia de su SF-8 o SF-50? (Formulario 931 ES)  Si  No

\*2) ¿Tiene comprobante de su último ingreso? (Formulario 935 ES)  Si  No

\*¿Ha estado en el Servicio Militar activo en los últimos 18 meses?  Si  No

\*En caso afirmativo, ¿tiene copia de su DD-214?  Si  No

\*En caso afirmativo, el Formulario 970 es requerido

\*En caso negativo, el formulario MA-843 es requerido

\*¿Obtiene usted trabajo por medio de un Sindicato?  Si  No

\*En caso afirmativo, Nombre:

Número Local:

\*¿Están pagadas las cuotas?  Si  No

Por la presente me registro para buscar trabajo y presento notificación de desempleo, y solicito una determinación de mis derechos a beneficios según a la ley de la "División de Servicios Laborales." Certifico que la información entregada en este formulario es correcta y entiendo que se imponen penalidades por dar declaraciones falsas o dejar de divulgar hechos materiales para obtener beneficios.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### LOCAL OFFICE USE ONLY (Sólo Oficina Local)

REQUALIFYING WAGES:  Si  No RETURN DATE:  CONTROL DATE:  INTERVIEWERS INITIAL: