



PETICIÓN SEMANAL DE BENEFICIOS DEL ACTO DE COMERCIO

CAT 832

¿Preguntas? Llame a (800) 436-6191

Nombre:

Número de Seguro Social o
Cliente #

BYE:

Estoy reclamando los beneficios del seguro por desempleo para la semana que termina el: _____

1. ¿Asistió a todas las clases programadas durante la semana? Sí No

A. Si la respuesta es "No" por favor explique: _____

B. Si está dentro de los 30 días de su capacitación aprobada bajo el Acto de Comercio (Trade Act) ¿Cuál es la fecha de inicio de su capacitación aprobada? _____

C. Si se encuentra en un descanso programado de la capacitación:

Fecha de inicio del descanso: _____ Fecha de culminación del descanso: _____

2. ¿Trabajó usted la semana pasada, recibió o va a recibir pago por vacaciones o días festivos? Sí No

Si la respuesta es "Sí" escriba el número de horas y la cantidad total de su sueldo (antes de las deducciones).

Número de horas trabajadas: _____ Cantidad total obtenida para esta semana: \$ _____

3. La semana pasada, ¿renunció, fue despedido o suspendido del trabajo? Sí No

4. ¿Recibió alguna pensión que no nos haya reportado antes? Sí No

5. La semana pasada, ¿estuvo fuera de su área de residencia permanente por 3 días o mas? Sí No

Certifico que las respuestas arriba mencionadas son verdaderas a mi mejor saber y entender. Estoy consiente que puedo ser penalizado por presentar información falsa o por retener información.

Firma: _____

Fecha: _____

Cuando la complete por favor envíela por fax al: (503) 947-1833 o (877) 353-7700 o por correo a: PO BOX 14518, Salem, OR 97309

Email: EMP.TRA@state.or.us

Búsqueda de trabajo EB – solamente complete ésta sección si está recibiendo TRA Básico, mientras no está en capacitación

Nombre: _____ Número de Seguro Social o Cliente #: _____

Estoy reclamando los beneficios del seguro por desempleo para la semana que termina el: _____

1. La semana pasada cuando recibió una recomendación laboral del Departamento de Empleo, ¿no presentó su solicitud de trabajo? o ¿rechazó alguna oferta de trabajo?
 Sí No

2. La semana pasada, ¿estuvo fuera de su área de residencia permanente por 3 días o mas?
 Sí No

3. a. ¿Estaba física y mentalmente capaz a realizar el trabajo que buscó la semana pasada?
 Sí No

b. Cada día la semana pasada ¿estaba disponible para trabajar y capaz de aceptar trabajo de tiempo completo, parcial y temporal sin poner condiciones que reduzcan sus oportunidades de trabajo?
 Sí No

c. La semana pasada, ¿buscó trabajo activamente?
 Sí No

Registro de búsqueda de trabajo

| Fecha | Nombre de la Compañía | Lugar | Método de Contacto: (en persona, por teléfono, curriculum) | Tipo de trabajo que buscó | Resultados: (contratado or no contratado) |
|-------|-----------------------|-------|---|---------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Certifico al firmar que entiendo los requisitos arriba mencionados como atañe al recibo de mis beneficios del seguro por desempleo.

Firma: _____ Fecha: _____

| | |
|--|---|
| Cuando la complete por favor envíela por fax al: (503) 947-1833 o (877) 353-7700 o por correo a: PO Box 14518, Salem, OR 97309 | Email: EMP.TRA@state.or.us |
|--|---|