

Por favor enumere todos los empleadores en los últimos dos (2) años. Incluya las agencias de empleo temporal, empleadores en los Estados Unidos y el exterior, el gobierno federal y militar. Para enumerar más empleadores, use una hoja de papel suplementaria y adjúntela a este formulario. Se verificará esta información con su empleador.

Primer Empleador Más Reciente: Dirección: (Calle o Apartado de Correos): Ciudad: Estado: Título de la posición:	Teléfono: Código Postal:	Trabajé para este empleador: hasta: Marque lo que corresponda (uno): Trabaja todavía Licencia Falta de Trabajo Renuncia Huelga/Cierre de la empresa Despedido/Suspendido Total de Ganancias (ingresos brutos) del período de trabajo arriba mencionado: \$ Salario: \$ HORA MES SEMANA MES AÑO
---	-------------------------------------	---

Segundo Empleador Más Reciente: Dirección: (Calle o Apartado de Correos): Ciudad: Estado: Título de la posición:	Teléfono: Código Postal:	Trabajé para este empleador desde: A: Marque lo que corresponda (uno): Trabaja todavía Licencia Falta de Trabajo Renuncia Huelga/Cierre de la empresa Despedido/Suspendido Total de Ganancias (ingresos brutos) del período de trabajo arriba mencionado: \$ Salario: \$ HORA MES SEMANA MES AÑO
--	-------------------------------------	---

Tercer Empleador Más Reciente: Dirección: (Calle o Apartado de Correos): Ciudad: Estado: Título de la posición:	Teléfono: Código Postal:	Trabajé para este empleador desde: A: Marque lo que corresponda (uno): Trabaja todavía Licencia Falta de Trabajo Renuncia Huelga/Cierre de la empresa Despedido/Suspendido Total de Ganancias (ingresos brutos) del período de trabajo arriba mencionado: \$ Salario: \$ HORA MES SEMANA MES AÑO
---	-------------------------------------	---

Certifico bajo pena de perjurio que soy un ciudadano de los Estados Unidos o legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos. Entiendo las preguntas que se me formularon y las respuestas son ciertas a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley impone penalidades por hacer declaraciones falsas para obtener los beneficios de seguro de desempleo. Enviando esta solicitud solicito una determinación inicial de los beneficios que me son potencialmente adeudados. Autorizo a que el Departamento de Empleo obtenga y use la información de cualquier fuente que suministre para administrar el seguro de desempleo. A continuación de este formulario de reclamo inicial, entiendo y autorizo a mi empleador para que envíe los formularios de certificación de reclamo semanal a mi nombre. Entiendo que soy también responsable de comunicarle a mi empleador y el Departamento de Empleo de Oregon cualquiera de los cambios de mi condición laboral. Entiendo que la falta de notificación de los cambios de condición laboral puede resultar en una demora o denegación de los beneficios. Entiendo que también soy responsable de cualquier sobrepago realizado o información incorrecta suministrada. Entiendo que puedo verificar la condición de mi reclamo llamando al Centro de Programas Especiales del Seguro de Desempleo al número que figura debajo.

Marco esta casilla, certifico y entiendo que es mi responsabilidad conocer la información presentada en los Manuales del Solicitante y Plan de Trabajo Compartido.

Estos manuales pueden encontrarse en www.OregonWorkShare.org

**Firmando este formulario electrónico, entiendo que ésta firma electrónica tiene la misma intención y validez que mi firma a mano.

Firma:

Fecha:

**Departamento de Empleo de Oregon • Atención: Centro de Programas Especiales de Seguro de Desempleo •
 PO Box 14518 • Salem, Oregon • 97309 Teléfono: (503) 947-1800 • Fax: (503) 947-1833 • OED_workshare@oregon.gov**

The Oregon Employment Department is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services, and alternate formats are available to individuals with disabilities and language services to individuals with limited English proficiency free of cost upon request. TTY/TDD-dial 7-1-1 toll free relay service. Access free online relay service at: www.sprintrelayonline.com.

El Departamento de Empleo de Oregon es un programa que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de servicios o ayudas auxiliares, formatos alternos para personas con conocimiento limitado del inglés, a pedido y sin costo. Llame al 7-1-1 para asistencia gratuita TTY/TDD para personas con dificultades auditivas. Obtenga acceso gratis en internet por medio del siguiente sitio: www.sprintrelayonline.com.

Descargo de responsabilidad: Si envía este formulario por vía electrónica, puede no ser seguro. Si no utiliza software de cifrado de correos electrónicos le aconsejamos que se ponga en contacto con el Centro del Programa Especial de Seguro de Desempleo al (503) 947-1800 o (800) 436-6191 para suscribirse con nuestro servidor de correo electrónico seguro. Haciendo clic en el botón de envío reconoce que es responsable por asegurar la protección de la información identificable personal incluida en este correo electrónico.