

IMPORTANTE: Conteste TODAS las preguntas en forma completa - De lo contrario, se le pueden negar los beneficios).

- Solicite usando el nombre actualmente registrado con la Administración del Seguro Social
- Para completar su reclamo inicial, debe agregar su firma y la fecha de la firma. Una vez completado, devuelva este formulario a su empleador lo antes posible.
- Debido a los requisitos de informes federales y las limitaciones del sistema, actualmente solo están disponibles las opciones para masculino y femenino. Sin embargo, no habrá demora en el procesamiento de su reclamo si la selección de género no coincide con lo que está archivado en la Administración del Seguro Social.

Número de seguro social:	¿Es un ciudadano americano? Sí No Si responde no, proporcione su número de autorización de trabajo o I-94 #	# de autorización de trabajo o I-94#	
Apellidos:	Nombre:	Inicial	Correo electrónico:
Dirección postal del solicitante: (calle o casilla de correo)	Ciudad:	Estado:	Código Postal: Número de teléfono:
¿Es usted de origen hispano o latino? Sí No		Fecha de nacimiento: mm/dd/aaaa / /	
¿Qué categoría le describe? Seleccione todas las que apliquen. Amerindio o Nativo de Alaska Hawaiano Nativo Otras Islas del Pacífico Negro(a) o afrodescendiente Asiático Blanco(a) Otra raza, etnia, u origen.		Género: Hombre Mujer Pronombres (Opcional):	
¿Requiere información en otro idioma que el Inglés? Sí No Si responde sí, ¿cuál es su idioma principal? _____			
Empleador del programa Work Share:	Teléfono del empleador:	Fecha de inicio del empleo: / /	Tiempo completo: Sueldo: Tiempo parcial: \$ /
Dirección de trabajo: (Calle o Código Postal)	Ciudad:	Estado: Código Postal:	Título de la posición:

Responda todas las preguntas para evitar retrasos en el trámite

A: En los últimos 18 meses, ¿trabajó para una agencia del gobierno federal? Sí No
Si contestó sí, fechas de empleo: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

B: En los últimos 18 meses, ¿ha servido en las fuerzas armadas? Sí No
Si contestó sí, fechas de servicio: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

C: En los últimos 18 meses, ¿trabajó para un empleador en otro estado? Sí No
Si contestó sí, indique los estados: _____ **¡Asegúrese de enumerar a los empleadores en la segunda página!**

D: En los últimos 18 meses, ¿reclamó beneficios en algún otro estado? Sí No
Si contestó sí, por favor indique el(los) estado(s): _____

E: ¿Recibe o recibirá pago de jubilación (no beneficios del Seguro Social) en los próximos 12 meses? Sí No
Si contestó sí, indique la fecha de inicio: ___ / ___ / ___ Empleador: _____

F: En los últimos 18 meses, ¿trabajó como deportista profesional? Sí No

AUTORIZACIÓN PARA LA RETENCIÓN DE IMPUESTOS:

Todos los beneficios del seguro de desempleo que reciba son ingresos totalmente imponibles si debe presentar una declaración de impuestos. Es posible que deba realizar pagos de impuestos estimados. Para obtener más información sobre los pagos de impuestos estimados, comuníquese con el Servicio de Impuestos Internos. Para obtener información sobre impuestos estatales, comuníquese con el Departamento de Ingresos de Oregon. Usted puede optar por retener el 10% de sus beneficios para impuestos federales y / o el 6% para impuestos estatales. Esta autorización permanecerá en vigencia para este reclamo hasta que el Departamento de Empleo de Oregon haya recibido una notificación por escrito de su terminación.

Autorizo al estado de Oregon que comience a retener:

10% de mis beneficios de desempleo federal para impuestos federales.	Sí No
6% de mis beneficios de desempleo para impuestos estatales.	Sí No

Al escribir mis iniciales, certifico que entiendo que es mi responsabilidad conocer la información de los manuales del reclamante y de Work Share. Estos manuales se pueden encontrar en www.OregonWorkShare.org

FEW: _____
Examiner/Date: _____
Reviewer & Date: _____

Por favor enumere todos sus empleadores de los últimos dos años, **excepto su empleador de Work Share**. Incluya agencias de trabajo temporal o arrendamiento de empleados, empleadores dentro y fuera de los EE. UU., del gobierno federal y el ejército. Para enumerar más empleadores, use una hoja de papel separada y adjúntela a este formulario. Esta información será verificada con su(s) empleador(es).

Primer Empleador Más Reciente:	Teléfono:	Trabajé para este empleador desde: mm/dd/aaaa ____/____/____ - ____/____/____
Dirección: (Calle o Apartado de Correos): _____ _____		Marque una: Trabaja todavía Licencia Falta de Trabajo Renuncia Renuncia/la empresa Despedido/Suspendido
Ciudad: _____	Ciudad: Código Postal: _____	Ingresos anuales (bruto): \$ _____ Salario: \$ _____
Título de la posición: _____		Hora Día Semana Mes Año
Segundo Empleador Más Reciente:	Teléfono:	Trabajé para este empleador desde: mm/dd/aaaa ____/____/____ - ____/____/____
Dirección: (Calle o Apartado de Correos): _____ _____		Marque una: Trabaja todavía Licencia Falta de Trabajo Renuncia Renuncia/la empresa Despedido/Suspendido
Ciudad: _____	Ciudad: Código Postal: _____	Ingresos anuales (bruto): \$ _____ Salario: \$ _____
Título de la posición: _____		Hora Día Semana Mes Año
Tercer Empleador Más Reciente:	Teléfono:	Trabajé para este empleador desde: mm/dd/aaaa ____/____/____ - ____/____/____
Dirección: (Calle o Apartado de Correos): _____ _____		Marque una: Trabaja todavía Licencia Falta de Trabajo Renuncia Renuncia/la empresa Despedido/Suspendido
Ciudad: _____	Ciudad: Código Postal: _____	Ingresos anuales (bruto): \$ _____ Salario: \$ _____
Título de la posición: _____		Hora Día Semana Mes Año

Certifico bajo pena de perjurio que soy ciudadano de los Estados Unidos o que tengo autorización legal para trabajar en los Estados Unidos. Entiendo las preguntas que me han hecho y mis respuestas son verdaderas a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece sanciones por hacer declaraciones falsas para obtener beneficios de desempleo. Al enviar esta solicitud, por la presente solicito una determinación inicial de los beneficios potencialmente pagaderos a mí. Autorizo al Departamento de Empleo a obtener y utilizar información de cualquier fuente que proporcione para administrar el seguro de desempleo. Después de este formulario de reclamo inicial firmado, comprendo y autorizo a mi empleador a enviar formularios de certificación de reclamo semanal en mi nombre. Entiendo que estoy obligado a informar a mi empleador sobre los ingresos semanales externos mientras esté en Work Share. Entiendo que también soy responsable de comunicarme con mi empleador y el Departamento de Empleo de Oregon sobre cualquier cambio en mi estado. Entiendo que no comunicar los cambios de estado puede resultar en una demora o la negación de los beneficios. Además, entiendo que cualquier pago en exceso o información errónea es mi responsabilidad. Entiendo que puedo verificar el estado de mi reclamo llamando al Centro de Programas Especiales del Seguro de Desempleo al número que se indica a continuación.

**** Al firmar este formulario electrónicamente, entiendo que esta firma electrónica tiene el mismo significado y validez que mi firma manuscrita**

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Oregon Employment Department • Attn: UI Special Programs Center • PO Box 14518 • Salem, Oregon • 97309

Phone: (503) 947-1800 • Fax: (503) 947-1833 • www.oregonworkshare.org

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: su empleador de Work Share aprobado puede cargar este formulario a través de nuestro portal de envío en www.oregonworkshare.org

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de programas especiales de desempleo al (503) 947-1800 o al (800) 436-6191