

SOLICITUD SEMANAL DE LA ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR PANDEMIA (PUA)

Nombre del solicitante (Apellido, nombre, segundo nombre) (Por favor, utilice el nombre que figura en el archivo de la Administración del Seguro Social)	Semana que se reclama	
	Fechas de la semana	
Número de identificación del cliente o Número del Seguro Social	Comienzo de la semana (domingo)	Final de la semana (Sábado)

SOLICITUD DEL SOLICITANTE

Está reclamando los beneficios para la "semana que se reclama" (que se muestra anteriormente). Usted es elegible para la PUA si está desempleado, si no puede trabajar o si no está disponible para trabajar como resultado directo de la emergencia de salud pública del COVID-19. Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) y/o proporcionando la información adicional solicitada.

Llene las secciones A y C si trabajó por cuenta propia durante la semana.

Si usted NO trabajó por cuenta propia, vaya directamente a la Sección B.

A. Trabajo por cuenta propia

1. ¿Realizó algún trabajo relacionado con su trabajo regular por cuenta propia durante esta semana? SÍ NO

Pago BRUTO recibido, ya sea si los servicios se realizaron durante la semana o no \$ _____

2. ¿Este trabajo se realizó en un intento por RETOMAR su actividad normal de empleo por cuenta propia? SÍ NO

B. Empleo

1. Si usted no trabajaba por cuenta propia, ¿realizó otro trabajo durante la semana reclamada? SÍ NO

2. Número de horas trabajadas _____

3. Cantidad BRUTA remunerada, ya sea que haya recibido el pago o no. \$ _____

C. Elegibilidad semanal

1. ¿Solicitó o recibió...?:
a. ¿Algún pago del seguro por pérdida de salario debido a enfermedad o incapacidad? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", indique el Tipo de pago: _____

Periodo cubierto: Del _____ al _____

b. ¿Algún pago del seguro privado de protección de ingresos? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", indique el Tipo de pago: _____

Periodo cubierto: Del _____ al _____

c. ¿Algún pago de un subsidio complementario por desempleo? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", indique el Tipo de pago: _____

Periodo cubierto: Del _____ al _____

d. ¿Se le pagó alguna cantidad por cualquier pago de jubilación, pensión o anualidad como parte de un plan aportado o mantenido por un empleador del cual recibió un pago en el 2019? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", indique el Tipo de pago: _____

Periodo cubierto: Del _____ al _____

2. ¿Puede y está disponible para trabajar durante esta semana según nuestros [requisitos estatales](#)? SÍ NO

3. ¿Está cuidando a un miembro de la familia o a un miembro de su hogar que fue diagnosticado con COVID-19? SÍ NO

4. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 o está experimentando síntomas del COVID-19 y buscando un diagnóstico médico? SÍ NO

5. ¿Algún miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19? SÍ NO

6. ¿Hay algún niño u otra persona en su hogar de la que usted sea el principal responsable de su cuidado que no pueda asistir a la escuela debido al cierre como resultado directo del COVID-19? SÍ NO

7.	¿Hay algún niño u otra persona en su hogar de la que usted sea el principal responsable de su cuidado que no pueda asistir a una instalación que haya cerrado como resultado directo del COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
8.	¿Se ha convertido en el sostén de la familia o en el principal proveedor de un hogar porque el responsable del mismo ha fallecido como resultado directo del COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
9.	¿No puede llegar a su lugar de trabajo porque un médico le ha aconsejado que se ponga en cuarentena por preocupaciones relacionadas con el COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
10.	¿No puede llegar a su lugar de trabajo debido a una cuarentena impuesta como resultado directo de la emergencia de salud pública por el COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
11.	¿Estaba previsto que empezara un nuevo trabajo que ha cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública por el COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	Si es así, ¿su empleador lo ha llamado para que vuelva a trabajar?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	Si la respuesta es "Sí", ¿volvió al trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
12.	¿Su lugar de trabajo ha cerrado o reducido sus operaciones como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	Si es así, ¿su empleador lo ha llamado para que vuelva a trabajar?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	Si la respuesta es "Sí", ¿volvió al trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
13.	¿Renunció a su trabajo como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID 19?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
14.	¿Rechazó algún trabajo durante esta semana?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

TERGIVERSACIÓN

Entiendo que el hacer esta certificación está bajo pena de perjurio, y que la tergiversación intencional para obtener pagos a los que no tengo derecho a recibir puede ser objeto de enjuiciamiento penal.

Estoy de acuerdo

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta, y que he proporcionado la información voluntariamente para obtener la ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR PANDEMIA. Sé que se proporcionan fondos federales, y que la ley establece sanciones por tergiversar u ocultar intencionadamente hechos materiales para obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho según la LEY. La información reunida por el Departamento de Empleo puede ser utilizada por otras agencias estatales y federales para verificar la elegibilidad para otros programas. Por lo tanto, AUTORIZO al Departamento de Empleo a divulgar la información A CUALQUIER FUENTE, para los fines autorizados por la ley del Departamento de Empleo.

Firma _____

Fecha (Mes, día, año) _____