

SOLICITUD INICIAL PARA LA ASISTENCIA DE DESEMPLEO POR LA PANDEMIA

Esta es su solicitud inicial para la Asistencia de Desempleo por Pandemia (PUA). Las instrucciones para completar y presentar la solicitud se encuentran en nuestra página de la Ley CARES (<https://govstatus.egov.com/ui-benefits/CARES>).

Por favor, asegúrese de completar todo el formulario. Si no se completa el formulario, se producirán retrasos en la tramitación de su solicitud.

Solicite usando el nombre que está actualmente archivado en la Administración del Seguro Social. Presente sólo una solicitud, ya que las solicitudes múltiples retrasarán el trámite.

Debido a los requisitos federales de presentación de informes y a las limitaciones del sistema, actualmente sólo disponemos de las opciones Hombre y Mujer. Sin embargo, no habrá retraso en la tramitación de su reclamación si la elección de género no coincide con lo que está en el archivo de la Administración del Seguro Social.

A. INFORMACIÓN DEL (DE LA) SOLICITANTE

Nombre del solicitante (Apellido, nombre, segundo nombre) (Por favor, utilice el nombre que figura en el archivo de la Administración del Seguro Social)			Fecha de nacimiento (mes, día, año)	
Dirección postal del reclamante: (calle o buzón)		Núm. de Seguro Social		Género (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad	Estado	Código postal	¿Es usted hispano/a o latino/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico del solicitante		Núm. De teléfono	Raza: (marque todas las que apliquen)	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico			<input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái e Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Otro	

Verificamos todos los números del Seguro Social a través de una coincidencia informática con la Administración del Seguro Social. Su solicitud de Asistencia de Desempleo por Pandemia y los pagos tardarán más tiempo en ser procesados si no hay éxito en la coincidencia.

El Código de Impuestos Internos y las Reglas Administrativas de Oregon requieren que presente su número de Seguro Social cuando solicite una compensación por desempleo. Su número de Seguro Social se usará para informar sus beneficios de desempleo al Servicio de Impuestos Internos y al Departamento de Ingresos de Oregon como ingresos imponibles. El número se enviará a la Administración del Seguro Social para la verificación de identidad. El número puede usarse para actividades de cobro de deudas de agencias estatales y puede enviarse al banco U.S.Bank para emitirle una tarjeta VISA ReliaCard a través de la cual se le pagarán beneficios.

B. HISTORIAL DE EMPLEO DEL (DE LA) SOLICITANTE

Para completar el monto de mi derecho semanal a la asistencia de desempleo por la pandemia, CERTIFICO que tuve el siguiente empleo y / o empleo por cuenta propia durante los últimos 18 meses.

Nombre del empleador (o auto empleo)	Dirección del empleador	Teléfono	Período de empleo	
			De	Hasta

C. PREGUNTAS DE ELEGIBILIDAD

1. ¿Estaba programado para comenzar un nuevo trabajo que desde entonces se cerró como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿en qué fecha se esperaba que empezara a trabajar? _____	
En caso afirmativo, ¿en qué fecha cerró su nuevo trabajo? _____	
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del negocio? _____	
2. ¿Ha solicitado, recibido, o podría ser elegible para recibir si alguna vez ha solicitado:	
(1) Compensación de desempleo bajo cualquier ley estatal o federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
(2) Cualquier monto por pérdida de sueldos debido a enfermedad o discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
(3) Cualquier tipo de seguro privado para la protección de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
(4) Cualquier monto suplementario de beneficios de desempleo (SUB por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Está usted recibiendo o va a recibir pagos por jubilación (aparte del Seguro Social) dentro de los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del empleador que mantuvo o contribuyó a este plan de jubilación? _____	
4. ¿Ha sido usted diagnosticado/a con COVID-19, o ha experimentado síntomas de COVID-19 y busca un diagnóstico médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿en qué fecha se le diagnosticó o cuándo comenzó a experimentar los síntomas? _____	

5.	¿Algún miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha se le diagnosticó al miembro de la familia? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6.	¿Está usted cuidando a un familiar o algún miembro de su hogar que ha sido diagnosticado con COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha fue diagnosticado el familiar o miembro de su hogar? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7.	¿Hay algún menor de edad u otra persona en el hogar, de quién usted tiene la responsabilidad principal de cuidar, que no pueda asistir a la escuela u otra instalación que cerró como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19, y cuyo cuidado por dicha escuela o instalación es necesario para que usted pueda ir a trabajar? En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la instalación que cerró? _____ En caso afirmativo, ¿en qué fecha cerró la instalación? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8.	¿Se ha convertido usted en el o la proveedor/a principal de apoyo para su hogar debido a que el o la jefe/a de hogar falleció como resultado directo del COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha se convirtió en el proveedor de un hogar? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9.	¿Cerró su lugar de empleo como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha cerró su lugar de trabajo? _____ En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del negocio? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
10.	¿Renunció a un trabajo como resultado directo del COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha lo dejó? _____ En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del negocio? _____ En caso afirmativo, ¿lo dejó como resultado directo de COVID-19? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
11.	¿No puede llegar a su lugar de trabajo porque un proveedor de atención médica le ha aconsejado que se ponga en auto cuarentena debido a preocupaciones relacionadas con el COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha no pudo llegar a su lugar de trabajo? _____ En caso afirmativo, ¿no pudo llegar a su lugar de trabajo como resultado directo del COVID-19? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
12.	¿No puede llegar a su lugar de trabajo debido a una cuarentena impuesta como resultado directo de la emergencia de salud pública COVID-19? En caso afirmativo, ¿en qué fecha no pudo llegar a su lugar de trabajo? _____ En caso afirmativo, ¿no pudo llegar a su lugar de trabajo como resultado directo del COVID-19? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
13.	¿Tiene la capacidad de continuar recibiendo pago de su empleador mientras trabaja desde su casa? En caso afirmativo, ¿no pudo aceptar el teletrabajo de su empleador debido al COVID-19? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
14.	¿Está recibiendo licencia por enfermedad pagada u otros beneficios de licencia pagada? En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzó a recibir los beneficios de la licencia por enfermedad o de la licencia pagada? _____ En caso afirmativo, ¿de quién recibe este pago? _____ En caso afirmativo, ¿en qué fecha terminarán sus pagos (si se sabe)? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
15.	¿Actualmente trabaja por cuenta propia? Si respondió "SÍ", DEBE contestar la sección D.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D. INFORMACIÓN DE AUTO EMPLEO		
16.	En el momento de la pandemia, ¿era este trabajo por cuenta propia su ocupación principal y su principal medio de vida? Si respondió "NO", explique.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
17.	¿Qué servicios realizó?	
18.	¿Su negocio tiene nombre? Si respondió "SÍ", ¿Cuál es el nombre de su negocio? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
19.	¿Presenta usted una declaración comercial? (Ejemplo: Schedule C, 1120 o la 1065) En caso afirmativo, por favor indique qué documentos presenta: <input type="checkbox"/> Formulario 1040 o 1040-SR Anexo C, Ganancias o Pérdidas de Negocios <input type="checkbox"/> Formulario 1040 o 1040-SR Anexo F, Ganancias o Pérdidas de la Agricultura <input type="checkbox"/> Formulario 1065, Declaración de los ingresos de sociedad en EE.UU.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Formulario 1120, Declaración de impuestos de Corporación de EE.UU. <input type="checkbox"/> Formulario 1120-S, declaración de impuestos de Estados Unidos para una corporación S Otros: _____

20. ¿Usted determina cómo se realizará el trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
21. ¿Tiene usted el derecho de contratar a personas que le ayuden a realizar sus servicios? Si respondió "Sí", ¿puede usted despedirlas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
22. ¿Determina usted en donde se lleva a cabo el trabajo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
23. ¿Determina usted la tasa de compensación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
24. ¿Tiene una inversión en herramientas, equipos, etc.? Si respondió "Sí", ¿Cuánto? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
25. ¿Puede la compañía para la cual usted provee servicios despedirlo/a?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
26. ¿Tiene usted más de un cliente? Si respondió "Sí", ¿cuantos clientes tiene? _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

E. 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.

¿Elige que se retenga el 10% de sus beneficios de desempleo para los impuestos federales sobre los ingresos? SÍ NO

¿Elige que se retenga el 6% de sus beneficios de desempleo para los impuestos estatales sobre los ingresos? SÍ NO

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.

F. SOLICITUD DEL RECLAMANTE

Provea en los espacios a continuación todas las semanas, siguientes a la fecha de la pandemia, en que usted se encontró total o parcialmente desempleado debido a la pandemia y por las cuales está reclamando PUA. Reporte los ingresos brutos que generó en empleo y los ingresos brutos que generó en auto empleo.

Semana que termina el	Horas trabajadas	Ingresos Brutos	Tipo de Ingresos	Semana que termina el	Horas trabajadas	Ingresos Brutos	Tipo de Ingresos

Para las semanas reclamadas anteriormente, responda a las siguientes preguntas marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) y/o proporcionando la información adicional que se solicita.

27. ¿Solicitó o recibió:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
a. Algún pago por pérdida de salario por enfermedad o discapacidad? Si la respuesta es "Sí", indique el Tipo de pago: _____ Periodo cubierto: Del _____ al _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
b. ¿Algún pago del seguro privado de protección de ingresos? Si la respuesta es "Sí", indique el Tipo de pago: _____ Periodo cubierto: Del _____ al _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
c. ¿Algún pago de un subsidio complementario por desempleo? Si la respuesta es "Sí", indique el Tipo de pago: _____ Periodo cubierto: Del _____ al _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
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? Si la respuesta es "Sí", indique el Tipo de pago: _____ Periodo cubierto: Del _____ al _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
28. ¿Puede y está disponible para trabajar durante esta semana según nuestros requisitos estatales ?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
29. ¿Está cuidando a un miembro de la familia o a un miembro de su hogar que fue diagnosticado con COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
30. ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 o está experimentando síntomas del COVID-19 y buscando un diagnóstico médico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
31. ¿Algún miembro de su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
32. ¿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?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
33. ¿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

34. ¿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
35. ¿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
36. ¿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
37. ¿Estaba previsto que empezara un nuevo trabajo que ha cerrado como resultado directo de la emergencia de salud pública por el COVID-19? Si es así, ¿su empleador lo ha llamado para que vuelva a trabajar? Si la respuesta es "Sí", ¿volvió al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
38. ¿Su lugar de trabajo ha cerrado o reducido sus operaciones como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID-19? Si es así, ¿su empleador lo ha llamado para que vuelva a trabajar? Si la respuesta es "Sí", ¿volvió al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
39. ¿Renunció a su trabajo como resultado directo de la emergencia de salud pública de COVID 19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
40. ¿Rechazó algún trabajo durante esta semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

G. DIVULGACIÓN DE RELIACARD

Divulgación previa a la adquisición de U.S. Bank ReliaCard® | Nombre del programa: Seguro de desempleo de Oregon | Fecha de la referencia: Junio del 2017

Tiene opciones para recibir su pago, lo que incluye un depósito directo en su cuenta bancaria, o una tarjeta pagada por adelantado.

Pregunte en su agencia qué opciones que tiene disponibles, y seleccione la opción que prefiera.

Cuota mensual	Por compra	Retiro de fondos del cajero automático o ATM	Recarga de dinero en efectivo
\$0	\$0	\$0 dentro de la red \$2.00* fuera de la red	N/A
Preguntas sobre saldo en el cajero automático (dentro o fuera de la red)		\$0	
Servicio a los clientes (automático o con un agente en persona)		\$0 por llamada	
Inactividad (después de 365 días sin transacciones)		\$2.00 por mes	

Cargamos tres tipos de cuotas.

* Esta cuota quizás sea más baja, en función de dónde y cuándo se utilice esta tarjeta.

Véase el programa de cuotas para tener acceso gratuito a sus fondos y la información de saldo.

Sin características de crédito ni saldo descubierto

Sus fondos son elegibles para el seguro de FDIC.

Para obtener información de carácter general sobre cuentas pagadas por adelantado, visite cfpb.gov/prepaid.

Vea los detalles y las condiciones para todas las cuotas y los servicios dentro del paquete de la tarjeta, o llame al 1-855-279-1270 o visite usbankreliacard.com.

Programa de cuotas de U.S. Bank ReliaCard® | Nombre del programa: Seguro de desempleo de Oregon | Fecha de vigencia: Mayo del 2018

Todas las cuotas	Cantidad	Detalles
Obtener efectivo		
Retiro de dinero en ATM (dentro de la red)	\$0	Esta es nuestra cuota por cada retiro de dinero. Cuando hablamos de "dentro de la red", nos referimos a las redes de U.S. Bank o de MoneyPass®. Podrá encontrar ubicaciones en usbank.com/locations o moneypass.com/atm-locator .
Retiro de dinero en ATM (fuera de la red)	\$2.00	Esta es nuestra cuota por cada retiro de dinero. La cuota queda exenta en los dos primeros retiros de dinero del cajero automático de cada mes, lo que incluye retiros de dinero del cajero automático fuera de la red, y retiros de dinero del cajero automático a nivel internacional. Por "fuera de la red" nos referimos a todos los cajeros automáticos que están fuera de U.S. Bank o de MoneyPass ATM. Quizás se le cobre una cuota por parte del operador del cajero automático, incluso si no llega a completar la transacción.
Retirada de fondos por un agente	\$0	Esta es la cuota cuando usted retira dinero en efectivo de su tarjeta, por parte de un agente de un banco o de unión de crédito que acepte (Visa®).

Información

Información del saldo en cajero automático (dentro de la red)	\$0	Esta es la cuota por recibir la información. Cuando hablamos de "dentro de la red", nos referimos a las redes de U.S. Bank o de MoneyPass®. Podrá encontrar ubicaciones en usbank.com/locations o moneypass.com/atm-locator .
Información del saldo en cajero automático (fuera de la red)	\$0	Esta es la cuota por recibir la información. Por "fuera de la red" nos referimos a todos los cajeros automáticos que están fuera de U.S. Bank o de MoneyPass ATM. Es posible que el operador del cajero automático le cobre una cuota.

Uso de la tarjeta fuera de Estados Unidos.

Transacción internacional	3 %	Esta es la cuota aplicable cuando usted utiliza la tarjeta en mercados extranjeros, si realiza compras, y retiros de dinero de cajeros automáticos en el extranjero, y es un porcentaje de la cantidad de la transacción en dólares después de haber realizado la conversión de la moneda. Algunos comerciantes y transacciones de cajeros automáticos, incluso si usted o el comerciante o cajero están ubicados en Estados Unidos, consideran que están realizando una transacción extranjera bajo las normas aplicables de su red, y no tenemos control alguno sobre la clasificación que hacen estos comerciantes, cajeros automáticos y transacciones para estos fines.
---------------------------	-----	--

Retiro de dinero en cajeros automáticos a nivel internacional	\$2.00	Esta es nuestra cuota por cada retiro de dinero. La cuota queda exenta en los dos primeros retiros de dinero del cajero automático de cada mes, lo que incluye retiros de dinero del cajero automático fuera de la red, y retiros de dinero del cajero automático a nivel internacional. Quizás se le cobre una cuota por parte del operador del cajero automático, incluso si no llega a completar la transacción.
Otros		
Reemplazo de la tarjeta	\$0	Esta es la cuota por reemplazo de tarjeta, que se le va a enviar con plazo estándar de entrega (hasta 10 días laborales).
Entrega urgente de reemplazo de tarjeta	\$15.00	Esta es la cuota por entrega urgente (hasta tres días laborables) que se le cobra aparte de cualquier cuota por reemplazo de tarjeta.
Inactividad	\$2.00	Esta es la cuota después de un mes, si usted no completó la transacción con el uso de su tarjeta por 365 días consecutivos.
<p>Sus fondos son elegibles para el seguro de FDIC. Sus fondos quedarán retenidos por U.S. Bank National Association, que es una institución de seguros de FDIC, y estarán asegurados hasta un máximo de \$250,000, por parte de FDIC en caso de que U.S. Bank quiebre. Vea fdic.gov/deposit/deposits/prepaid.html para más detalles.</p> <p>Sin características de crédito ni saldo descubierto</p> <p>Póngase en contacto con el servicio de titulares de tarjeta, llamando al 1-855-279-1270, o por medio de correo en P.O. Box 551617, Jacksonville, FL 32255, o visite usbankreliacard.com.</p> <p>Para obtener información de carácter general sobre cuentas pagadas por adelantado, visite cfpb.gov/prepaid. Si usted tiene una queja sobre una cuenta pagada por adelantado, llame a la oficina financiera de protección del consumidor, en 1-855-411-2372 o visite cfpb.gov/complaint.</p>		
<input type="checkbox"/> He leído la información de ReliaCard		
H. DECLARACIÓN FALSA		
Entiendo que hacer la certificación está bajo pena de perjurio y que la declaración falsa intencional para obtener pagos a los que no tengo derecho a recibir puede estar sujeta a enjuiciamiento penal.		
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo		
I. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE		
<p>Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es correcta, y que he proporcionado la información voluntariamente, a fin de obtener asistencia de desempleo pandémico. Sé que se proporcionan fondos federales y que la ley prescribe sanciones por declaraciones falsas intencionales u ocultación de hechos materiales con el fin de obtener pagos de asistencia a los que no tengo derecho a recibir conforme a la Ley CARES. La información recopilada 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 A CUALQUIER FUENTE la información para los fines autorizados por la ley del Departamento de Empleo. Además, atestiguo bajo pena de perjurio que:</p>		
<p>Soy ciudadano/a de los Estados Unidos de Norte América <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>En caso negativo, ¿está en un estado migratorio satisfactorio? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO núm. de registro extranjero _____</p>		
Firma _____ Fecha (mes, día, año) _____		
Si se determina que es elegible para PUA, estableceremos un reclamo mínimo de \$205. Si desea que evaluemos su reclamo por un monto de beneficio semanal aumentado, debe proporcionar un comprobante de ingresos para el año fiscal 2019. Para tener la posibilidad de un monto de reclamo mayor, debe tener ganancias superiores a \$16,480 para el año 2019. Puede utilizar el form 196PUA para saber la cantidad para la cual puede ser elegible.		
Por favor, envíe su solicitud completa a: Secure Upload: at https://secure.emp.state.or.us/ocs4/ . Correo: Departamento de Empleo de Oregon, PO Box 14165 Salem, OR 97311 Fax: (503) 371-2893		Preguntas: OED_PUA_INFO@oregon.gov Relevo de Responsabilidad: La información que usted envíe a través de correo electrónico podría no estar segura.
<p><i>The Oregon Employment Department is an equal opportunity program/employer. The following services are available free of cost upon request: Auxiliary aids or services and alternate formats to individuals with disabilities and language assistance to individuals with limited English proficiency. Ask one of our staff for more information.</i></p> <p><i>El Departamento de Empleo de Oregon es un programa/empleador que respeta la igualdad de oportunidades. Disponemos de los siguientes servicios a pedido y sin costo: Servicios o ayudas auxiliares, y formatos alternos para personas con discapacidades y asistencia de idiomas para personas con conocimiento limitado del inglés. Para mayor información, pregunte a nuestro personal.</i></p>		